

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1899

THÈSE

N^o
309

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 avril 1899, à 1 heure

PAR

Henri LALANDE

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

INTERNE A LA MAISON NATIONALE DE CHARENTON

ESSAI SUR LES SYMPTOMES ET LE DIAGNOSTIC

DE LA

MALADIE DE BAYLE

(PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS)

Président : M. BROUARDEL, professeur.

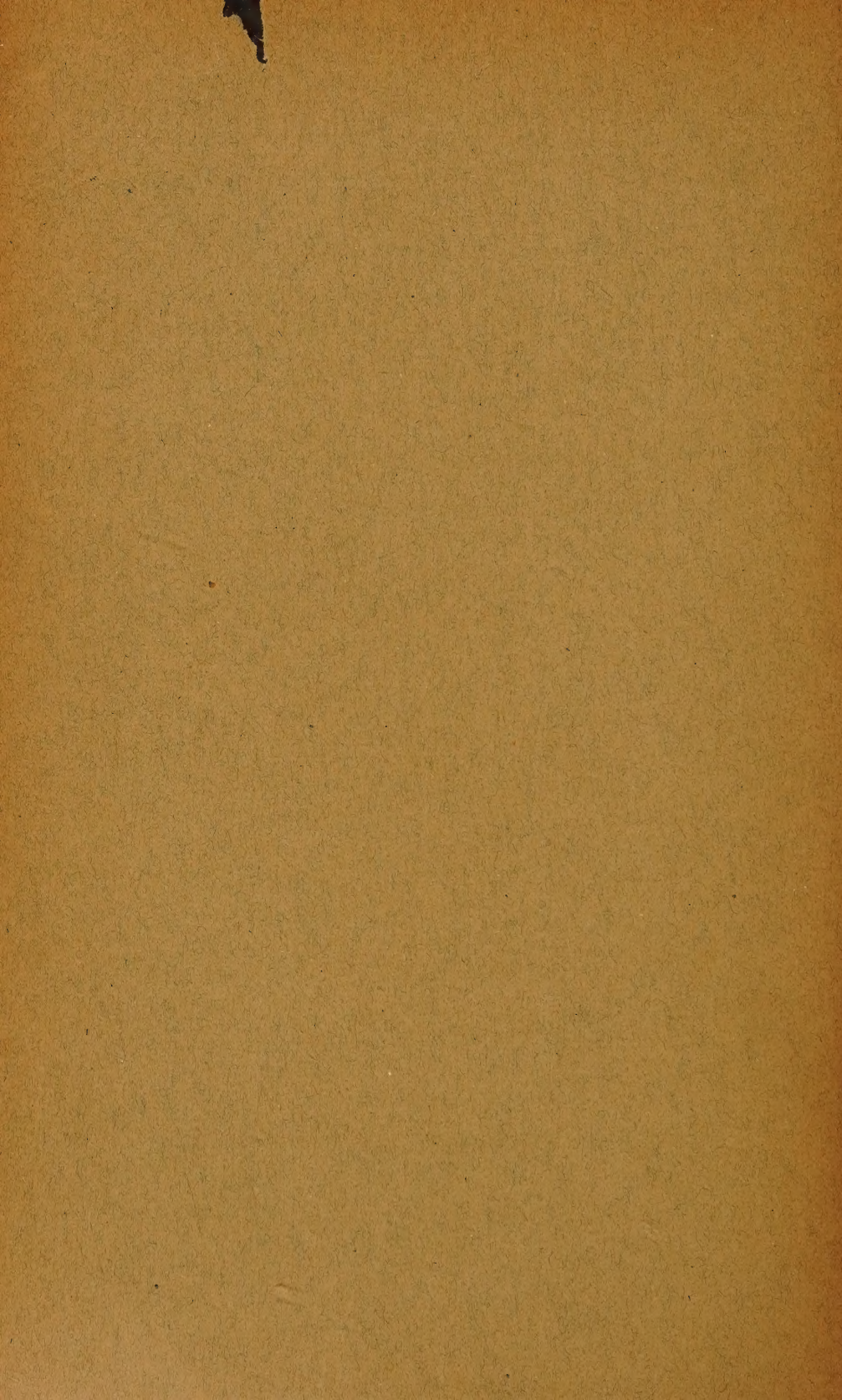
Juges : { MM. RAYMOND, professeur.
CHARRIN et ACHARD, agrégés.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1899



UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Année 1899

THÈSE

Mo 309

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 avril 1899, à 1 heure

PAR

Henri LALANDE

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX

INTERNE A LA MAISON NATIONALE DE CHARENTON

ESSAI SUR LES SYMPTOMES ET LE DIAGNOSTIC

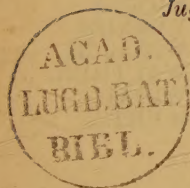
DE LA

MALADIE DE BAYLE

(PARALYSIE GÉNÉRALE DES ALIÉNÉS)

Président : M. BROUARDEL, professeur.

Juges : { MM. RAYMOND, *professeur.*
CHARRIN et ACHARD, *agrégés.*



PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1899

UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

	Doyen.	M. BROUARDEL.
	Professeurs.	MM.
Anatomie.		FARABEUF.
Physiologie.		CH. RICHEL.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale		{ HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.		{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.		LANNELONGUE.
Histologie		CORNIL.
Opérations et appareils.		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et Matière médicale.		TERRIER
Thérapeutique		POUCHET.
Hygiène		LANDOUZY
Médecine légale		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.		N...
		CHANTEMESSE.
Clinique médicale		{ POTAIN.
		{ JACCOUD.
		{ HAYEM.
		{ DIEULAFOY.
		{ GRANCHER.
Maladies des enfants.		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		FOURNIER.
		BERGER.
Clinique chirurgicale.		{ DULAY.
		{ LE DENTU.
		{ TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchements.		{ BUDIN.
		{ PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LEJARS.	THIROLOIX.
ACHARD.	DUPRE.	LEPAGE.	THOINOT.
ALBARRAN.	FAURE	MARFAN.	VAQUEZ.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VARNIER.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENETRIER	WALLICH.
BROCA (AUG.)	TOURETTE.	MERY.	WALTHER.
BROCA (ANDRÉ).	HARTMANN	ROGER.	WIDAL.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WURTZ.
CHASSEVANT	LAUNOIS.	TEISSIER.	
P. DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHRISTIAN

Chevalier de la Légion d'honneur
Médecin de la Maison nationale de Charenton

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BROUARDEL

Doyen de la Faculté de Médecine
Commandeur de la Légion d'honneur

Nous sommes heureux d'exprimer ici à tous nos maîtres notre vive reconnaissance.

A M. le professeur Landouzy et M. le professeur agrégé Reclus qui nous ont appris les éléments de la médecine et de la chirurgie.

A MM. Morel, Lavallée et surtout Du Castel, nos initiateurs dans la dermatologie durant notre première année d'externat.

En médecine nous avons été l'externe de MM. Darier, Louis Guinon, Lesage, Gouraud et Gaillard dont l'enseignement clinique nous sera d'un grand secours durant notre carrière médicale.

Nous tenons à remercier MM. Ritti et Damalix de la bienveillance qu'ils nous ont témoignée.

Dans l'étude des aliénés nous devons une reconnaissance toute particulière à MM. Séglas, Falret et Christian. Nous avons été l'externe des deux premiers à la Salpêtrière. Nous n'oublierons pas leur savant enseignement.

Nous voulons exprimer notre profonde gratitude à M. Christian ; depuis le début de notre internat à Charenton nous sommes son élève ; il nous a constamment manifesté le plus vif intérêt ; nous lui devons, non seulement la possibilité de ce travail, mais aussi de précieux conseils qu'il nous a prodigués sans compter, en faisant notre éducation en médecine mentale.

Que M. le professeur Brouardel daigne agréer l'assurance de notre respectueuse reconnaissance pour l'honneur exceptionnel qu'il nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Pendant que nous étions l'externe de M. Falret, nous avons fréquemment entendu dire à notre maître que l'on ne pouvait considérer la paralysie générale comme une maladie unique, mais bien comme un syndrome commun à diverses affections chroniques du cerveau. « Il faudrait, disait-il, faire pour les méningo-encéphalites ce que l'on a fait pour les processus chroniques de la moelle. Autrefois, tous les états pathologiques présentant des symptômes médullaires étaient classés sous les deux dénominations vagues de myélite aiguë et de myélite chronique ; aujourd'hui la lumière s'est faite et les maladies de la moelle ont été divisées en de nombreuses entités. Cette variété doit aussi exister dans la pathologie cérébrale.

D'autre part, durant notre internat à la maison nationale de Charenton, nous avons entendu M. Christian soutenir une opinion en apparence absolument contraire. Pour lui, la paralysie générale est une affection unique, nettement délimitée, dont les symptômes ne varient que suivant les constitutions diverses de ceux qu'elle frappe. Toutefois, à côté d'elle, il admet d'autres affections cérébrales pouvant plus ou moins la simuler. « Du moment qu'il est établi que « les symptômes propres à la paralysie générale — le syn-
« drome paralytique — n'ont rien d'absolument pathogno-
« monique, — qu'on peut les rencontrer et qu'on les ren-
« contre souvent dans d'autres affections cérébrales, — n'y-
« a-t-il pas lieu de créer à côté de la paralysie générale

« vraie, — de la maladie de Bayle, — une ou plusieurs « folies paralytiques ? Tout comme à côté de l'épilepsie « vraie nous avons dû établir les maladies épileptiques ». (CHRISTIAN ; *Des difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale*).

Ainsi comprises, ces deux opinions ne sont nullement contradictoires, et il n'y a entre elles qu'une différence d'appellations. M. Falret englobe dans le terme paralysie générale toutes les folies paralytiques de M. Christian. Depuis longtemps déjà, cet auteur a reconnu et proclamé l'unité de la paralysie générale type qu'a décrite Bayle. C'est cette entité pathologique, que sous le nom de maladie de Bayle pour éviter toute confusion, nous allons essayer de décrire et de différencier des folies paralytiques et des autres affections bien connues aujourd'hui, qui peuvent la simuler à un moment donné.

Certaines objections pourraient être faites à cette manière de voir. De toutes, la plus importante réside dans ce fait que les lésions encéphaliques de la paralysie générale vraie, — la maladie de Bayle — semblent jusqu'à présent être les mêmes ou peu s'en faut que celles que l'on rencontre dans tous les états paralytiques qui s'éloignent nettement d'elle par leurs symptômes et leur évolution. La conclusion maintes fois tirée de ce fait est que l'on ne doit considérer ces états bâtards que comme des formes diverses du même processus dont la paralysie générale vraie représenterait le type classique et le plus pur. Cette objection a une grande valeur ; toutefois, les procédés actuels d'examen de l'encéphale sont encore peut-être insuffisants pour nous permettre de reconnaître les différences probables de lésions en apparence analogues. Avant la pratique aujourd'hui courante des cultures microbiennes et des inoculations aux animaux il devait être impossible de faire sur la table d'autopsie la

différenciation des pleurésies purulentes à streptococoques et à pneumocoques, maladies cependant dissemblables par leurs symptômes, leur évolution et aussi leur terminaison. Espérons les mêmes progrès dans l'examen nécroptique de l'encéphale. Actuellement du reste l'accord est loin d'être fait sur l'origine des lésions de la paralysie générale vraie. Pour les uns, et nous penchons vers cette opinion, c'est la lésion cellulaire qui est primitive ; pour d'autres, c'est une artérite qui ouvre la scène et elle serait souvent d'origine syphilitique ; enfin, suivant une autre opinion, la névroglie serait la première atteinte.

En outre, nous avons trouvé les lésions ordinaires de la maladie de Bayle dans un cas où les symptômes et l'évolution de la maladie faisaient formellement repousser ce diagnostic. Il s'agissait d'une vieille démente internée depuis plusieurs années, qui, durant sa vie, n'avait offert autre chose qu'un simple mais profond affaiblissement intellectuel. A l'amphithéâtre, nous observâmes l'épaississement et la teinte opaline des méninges molles, des adhérences de la pie-mère à l'écorce et des érosions typiques sur le sommet des circonvolutions produites par la décortication du cerveau. M. Mairet, sous le nom de paralysie générale arthritique, décrit aussi des affections absolument différentes de la maladie de Bayle quant à la clinique, mais, tout à fait semblables sur la table d'autopsie.

Seule donc, la clinique semble être un bon guide dans la différenciation des méningo-encéphalites diffuses. Elle nous paraît faire sortir du cadre vaste et confus des paralysies générales, une entité bien nette, la maladie de Bayle. Ce précurseur en médecine mentale en a fait une description remarquable de clarté et de vérité. Ses successeurs n'y ont ajouté que des détails, assez importants cependant pour que nous tentions d'en retracer la symptomatologie en deman-

dant d'avance de l'indulgence si nous sommes au dessous de notre tâche. Nous avons tenté aussi de fournir une explication générale du délire ; qu'on nous pardonne si nous sommes dans l'erreur.

DESCRIPTION DE LA MALADIE DE BAYLE

L'évolution de la maladie de Bayle peut être divisée assez exactement en trois périodes sans transitions bien précises. Une période prodromique, la phase prédélirante de M. Christian, dans laquelle les troubles intellectuels et physiques peu accusés sont encore compatibles avec la vie du dehors. Une période d'état, la phase délirante caractérisée surtout par le délire et aussi l'accentuation des signes somatiques. Presque toujours incompatible avec la vie civile, elle nécessite l'internement des malades. Enfin une période terminale, la phase démentielle, durant laquelle le patient est de plus en plus la proie d'une démence et d'une déchéance physique profondes. Elle est terminée par la mort dans le marasme, à moins qu'une complication n'ait déjà achevé le malheureux.

Phase prédélirante.

Cette période est difficile à décrire car ses symptômes ne sont sans doute qu'imparfaitement connus. Ils nous sont donnés le plus souvent par la famille des malades, et dans ces conditions, l'observation n'est jamais bien rigoureuse ; souvent même certains faits sont volontairement omis.

Quoiqu'il en soit, des signes insignifiants, peu appréciables, commencent la maladie. Dans l'ordre psychique, les parents ont remarqué, il y a longtemps, dans une circonstance déterminée, une modification légère du caractère, une

manière d'agir peu en rapport avec les habitudes, la vie ordinaire du malade. Puis, tout est rentré dans l'ordre, et, ils n'y ont pas attaché d'autre importance. Dans la suite, ces fugues d'abord sans conséquence, sont devenues plus communes et surtout plus frappantes par leur bizarrerie et leur contradiction absolue avec la façon d'être antérieure de l'individu. Un tel, sobre, rangé, économe, devient buveur, tapageur, libertin, prodigue. Tel autre jadis apathique, veut sans raison travailler, faire des recherches scientifiques, espère être l'auteur d'ouvrages célèbres, faire des découvertes. Celui-ci jusque-là sans ambition, va faire de la politique, parler dans les réunions publiques. Beaucoup enfin, entreprennent de hasardeuses spéculations qui souvent les ruinent mais parfois réussissent à cause même sans doute de leur caractère audacieux et extraordinaire. Un trait commun à tous, c'est l'excitation génésique. Ils recherchent la société des femmes, reprennent des rapports conjugaux depuis longtemps abandonnés ; ils peuvent en arriver à commettre des viols et des attentats à la pudeur.

En somme, la caractéristique ordinaire de l'état psychique des Bayleux au début (qu'on nous permette ce néologisme commode) c'est l'excitation ; néanmoins ils ont aussi des périodes de dépression qui, arrivant sur le fonds semi-maniaque que nous venons de décrire font un contraste frappant.

Ce sont des crises hypochondriaques plutôt que mélancoliques survenant sans causes apparentes. Ils ressentent disent-ils un malaise général qui les déprime, les rend incapables de tout effort physique et cérébral ; leurs affaires marchent mal ; ils sont entourés d'oppositions cachées, desservis par leurs amis, méconnus par leurs parents. Ils craignent la ruine, l'insuccès de leurs entreprises. Plusieurs se croient atteints d'une foule de maladies et, comme le remarque

Bayle, après avoir consulté nombre de médecins, s'adressent en suite à des charlatans et à des commères. Ces périodes de neurasthénie sont généralement courtes et disparaissent comme elles sont venues sans que l'on sache pourquoi ni comment.

Les idées qui jaillissent de cette tension intellectuelle sont remarquables par leur soudaineté, leur bizarrerie, et la rapidité de leur mise à exécution. On est surpris de leur caractère pittoresque et original, et, l'on tient leurs auteurs pour des hommes spirituels, bien que l'on ait d'eux le sentiment indéfinissable de quelque chose de détraqué. L'exécution est aussi rapide que la conception. Pas de réflexion, pas de contrôle; aussitôt pensé aussitôt fait; et, l'on ne peut s'expliquer leur tranquillité sereine en abordant les choses les plus graves. On ne s'explique pas non plus, il est vrai, leur arrêt ou même leur recul devant les plus minimes obstacles, les plus petites difficultés.

Car ces idées n'ont, en effet, aucune consistance; leur tension est telle que la suivante pousse la précédente et se substitue complètement à elle pour être bientôt chassée à son tour par une autre. En somme, de cette intensité de vie psychique il ne reste rien; la mémoire a déjà quelques atteintes; le passé, surtout le passé récent, n'existe plus; le malade commence à ne vivre que dans le présent, ce qui s'accentuera plus tard et deviendra un des caractères les plus importants du délire.

La sensibilité est aussi profondément pervertie, et l'on peut à ce moment retrouver l'ébauche d'un autre caractère essentiel du délire, l'égoïsme. Excité ou déprimé, il ne pense qu'à lui. Indifférent pour tout ce qui n'est pas son moi, ses talents, son esprit, ses affaires, il néglige tout à fait son entourage. Si parfois, il lui arrive de faire quelque acte charitable, c'est à grand fracas, aux yeux de tous, pour l'estime

ou la considération qu'il peut acquérir. Le plus souvent, il est insupportable. Colère et emporté lorsque tout ne va pas à son gré, il devient toujours l'ennui, quelquefois la terreur de sa famille; il n'hésite pas à sacrifier à ses projets absurdes ou hasardeux la fortune et le bien-être des siens. Ils ne sont pas rares ceux qui ont englouti la dot de leurs femmes dans leurs entreprises et leurs spéculations.

La volition se ressent de la tension intellectuelle, extrêmement intense à un moment donné, elle est sans durée et l'on s'étonne de les voir oublier ce qu'ils ont juré de faire la veille.

En résumé, l'impression qui ressort de l'examen d'un individu au début de la maladie de Bayle, est celle d'un être aussi bruyant en apparence que faible en réalité. Ses idées, ses conceptions frappent quelquefois par leur imprévu, mais à la réflexion, on en reconnaît vite l'absurdité. En outre, quelques amnésies passagères, quelques absences que l'on peut peut-être rapporter à des congestions fugaces viennent encore affirmer l'affaiblissement intellectuel commençant.

Dans l'ordre physique, des troubles divers peuvent donner l'éveil sur le travail lent qui s'opère sur le système nerveux entier tant central que périphérique. La sensibilité traduit ses atteintes par des phénomènes douloureux souvent à forme névralgique qui peuvent se localiser sur tous les organes, dans toute les régions. Ce sont, dans les membres inférieurs, des douleurs, soit fulgurantes, soit plus souvent beaucoup plus prolongées, d'apparence rhumatismale. Des névralgies, et surtout la céphalée accompagnent souvent la dépression psychique et en imposent pour la neurasthénie comme l'a fait remarquer M. Ballet. Les organes des sens ne sont pas épargnés; ce sont des bourdonnements d'oreille, des mouches volantes, des brouil-

lards et encore la migraine ophthalmique avec scotome scintillant qui, comme l'a établi M. Charcot, est quelquefois un des premiers symptômes du mal.

Les troubles de l'appareil digestif consistent en gastralgies, diarrhées, vomissements, disparaissant soudainement, et d'une mobilité telle qu'on ne peut les classer d'aucune manière.

Les symptômes moteurs sont déjà apparents ; les malades maladroits de leurs mains n'exécutent qu'avec peine les besognes compliquées ou délicates. Le mal perforant plantaire (Christian, *Union médicale* 1882) le zona et en particulier le zona ophthalmique (Thèse de M. Dupau, 1898) sont des troubles trophiques souvent observés à cette époque.

L'insomnie est fréquente ; parfois, après le repas surtout, les malades sont terrassés par un sommeil de plomb auquel ils ne peuvent résister.

Trois signes physiques nous paraissent avoir à ce moment une grande importance pour le diagnostic : l'embaras de la parole, l'ophtalmoplégie interne et l'impuissance génésique. L'embaras de la parole est rarement très accusé, c'est à l'occasion d'un mot long et difficile, un bredouillement qui passe inaperçu en raison de la loquacité des malades. L'ophtalmoplégie interne se manifeste soit par de l'inégalité pupillaire, soit par le signe d'Argill Robertson. Les pupilles sont en outre quelquefois paresseuses à l'accommodation. Mais le symptôme somatique auquel nous accordons peut-être la plus grande valeur, c'est l'impuissance accompagnée d'excitation génésique. Ces hommes qui ne cessent de parler de leurs prouesses amoureuses, qui veulent se marier, cherchent toutes les occasions de pratiquer le coït, sont à ce point de vue bien au dessous de ce que l'on attendrait d'eux et aussi des autres hommes. Par leurs femmes, nous savons que progressivement ils

ont diminué le nombre de leurs coïts, souvent jusqu'à la cessation absolue. Ceci, comme nous l'a montré fréquemment M. Christian, est tout à fait spécial à la maladie de Bayle.

Quelle que soit la valeur des signes physiques, aucun à part peut-être l'impuissance accompagnée d'excitation génésique n'est réellement pathognomonique. Il n'en est pas de même de l'état mental : ce changement de caractère en désaccord absolu avec les habitudes et le moral de l'individu est tout à fait typique et à peu près constant. C'est lui surtout qui peut donner l'éveil et permettre souvent un diagnostic précoce.

Phase délirante.

La phase délirante de la maladie de Bayle est ordinairement incompatible avec la vie du dehors. Les malades sont presque toujours internés dans un asile d'aliénés après quelque fugue plus forte que les précédentes, quelque acte portant nettement le cachet de la déraison.

Presque toujours on peut les attribuer à une poussée d'excitation jointe à un délire commençant. Ils se produisent assez brusquement et se détachent nettement sur le fonds déjà semi-maniaque des malades. Plusieurs dépensent de grosses sommes à des achats ridicules. Celui-ci, interné actuellement à Charenton, part sans raison pour Genève et achète pour 1,200 francs de fourrures. Un officier d'artillerie, cité par M. Christian, achète pour plusieurs centaines de francs d'objets sans valeur et sans utilité tels que pelotons de fil, garniture de boutons, encriers, porte-allumettes. D'autres font des voyages dans des conditions insensées. Un autre pensionnaire de Charenton quitte la Normandie, où auraient dû le retenir ses fonctions, et

vient à Paris en bicyclette. On l'arrête sur la place de la Bastille, affublé seulement d'une chemise et d'un pantalon, sans un centime, porteur d'une entorse et sans bicyclette, au moment où, monté sur une borne, il attirait la foule en criant à tue-tête : « J'épouse une femme qui a sept millions ». Un sergent de l'armée de Paris va à l'Élysée et crie : « Je suis l'empereur ». D'autres font des mémoires pour proposer des réformes extraordinaires, des entreprises prodigieuses, des constructions immenses. Pour beaucoup, c'est un outrage à la pudeur, une débauche effrénée qui forment les premiers symptômes de la deuxième phase.

Cette période offre des signes psychiques et physiques mais les premiers sont de beaucoup les plus intéressants et les plus caractéristiques.

Le délire peut, dans la maladie de Bayle revêtir plusieurs formes. De toutes la plus importante est l'expansion ambitieuse. Toutes les idées de grandeur possibles peuvent exister soit simultanément, soit consécutivement. Les plus ordinaires sont les idées de richesse ; les malades se prétendent possesseurs de millions et de milliards, mots absolument typiques, de biens immenses, de châteaux merveilleux. Un tel veut acheter tous les diamants de France, du monde même, il veut louer la Manche pour y pêcher. A tout venant, ils donnent à profusion l'or, les millions, les pierres précieuses, sans, disent-ils, que leur fortune se ressente de ces minimes présents. D'autres s'affirment supérieurs en intelligence et en esprit. A les entendre, ce ne sont que savants, mathématiciens, astronomes ; ils vont conquérir les plus hauts grades universitaires, toutes les licences, toutes les agrégations, ils ont saisi le secret de toute chose, sont la science universelle. Tantôt, ce sont les honneurs et les dignités politiques qui les occupent. Ils ont toutes les décorations, sont ou seront députés, sénateurs, ministres,

présidents de république, rois, empereurs, papes. Tantôt, ils ne cessent de parler de leur force et de leur beauté physique, de leurs talents. Ils peuvent porter des poids énormes, courir des heures sans arrêt, ont « une voix de Stentor qu'on entend de Montmartre à Montsouris ». Il sont les plus beaux, les mieux vêtus des hommes, les danseurs les plus élégants, les causeurs les plus fins, les poètes, les musiciens les plus inspirés. Fréquemment, perdus au milieu de cette immensité de grandeurs, de supériorités, de richesses, possédant tout, étant tout, ils arrivent à la divinité car la différence qui sépare tout de Dieu est bien vite franchie. Ils sont alors les créateurs du monde, ils commandent aux astres, à la mer, au vent ; ils sont Dieu lui même, le principe et la fin de toutes choses.

Ces idées qui se succèdent, s'entremêlent, n'atteignent pas toujours une pareille exagération. Sans que l'on puisse à ce sujet donner de règle bien précise, il nous semble que généralement elles sont d'autant moins accentuées que le malade avait occupé une situation sociale plus modeste. Un garde municipal, fils de pauvres cultivateurs, comptait sa fortune par milliers de francs et par dizaines de pièces de vin. Rarement l'expansion se borne à une satisfaction simple, souriants, optimistes, ils se disent heureux, contents de leur sort, très bien portants, etc.

A côté du délire ambitieux et très souvent se mêlant à lui, on observe le délire hypochondriaque. Autant l'ambitieux est heureux beau, grand, riche, autant l'hypochondriaque est malheureux, laid, petit, pauvre. C'est une exagération en sens inverse, mais aussi caractéristique. Très souvent leurs idées se rapportent à leur laideur, leur infériorité physique ; ils sont tout petits, renferment en eux toutes les maladies, tombent en pourriture ; ou bien ils ont une tête de plomb, le cœur coupé en quatre, l'anus bouché,

les dents cassées, n'ont plus d'intestin (ils refusent alors de manger). Souvent aussi, de même que l'expansif atteint la divinité, ils franchissent bien vite l'espace qui sépare cette négation de tout du néant, l'infini dans l'autre sens, et alors, ils n'existent plus, ils sont morts, n'ont jamais été.

A côté de ces deux formes absolument spéciales du délire peuvent exister d'autres idées, idées de persécutions, de jalousie, de religion. Mais jamais nous ne les avons vues occuper à elles seules le malade tout entier ; toujours mêlées au délire ambitieux ou hypochondriaque, elle disparaissent vite devant l'expansion ou la dépression qui sont l'essence de la mentalité des Bayleux.

Des hallucinations viennent aussi mettre leur note dans tout ce fatras d'absurdités. Quelquefois, elles ont le caractère de la persécution ; dans la majorité des cas elles n'ont aucun caractère bien spécial. Dans le premier cas, ils entendent des voix qui les contredisent, les insultent ; ils sont piqués, torturés, empoisonnés. D'autres fois, au contraire, ils sont plongés dans les délices, voient des monceaux d'or, des personnages radieux. Le plus souvent ils voient et entendent des personnes de leurs familles, des amis, ou des individus et des objets quelconques. Ils n'y ajoutent du reste que très peu d'importance et sont loin d'en faire le cas des persécutés. Une fois nous avons observé des hallucinations psycho-motrices nettes. Les illusions sont très fréquentes ; ce sont des erreurs sur les personnes, les choses, les lieux, etc.

Quels sont les caractères généraux de ce délire ? M. Falret, dans une savante étude, dit que les idées sont multiples, mobiles, non motivées et contradictoires. Leur nombre est en effet extrême, toutes les variétés de concepts ambitieux ou hypochondriaques peuvent exister à la fois chez le même malade. Elles surgissent spontanément à l'instant même où on leur parle et souvent sont puisées dans la conversation

qu'on leur tient. Leur mobilité est aussi remarquable ; à chaque instant, ils varient les chiffres de leur fortune, l'étendue de leurs biens ou la grandeur de leur souffrance, etc. Cependant, comme l'a fait remarquer M. Falret, il est un certain nombre d'idées prédominantes, relativement, fixes si l'on veut les comparer aux idées flottantes créées à tout moment selon les circonstances et l'état psychique actuel du malade. Elles sont le plus souvent en rapport avec les goûts, le caractère, la mentalité ordinaire de l'individu. L'ambitieux politique se dira tous les jours président de la république ou roi. L'intellectuel sera académicien ou grand écrivain. Une femme galante ne parlait que de bijoux et de couronnes d'or. Le garde municipal cité plus haut ne pensait qu'à des pièces de vin. Les idées sont encore non motivées et contradictoires, en désaccord complet avec les circonstances passées et présentes. Un médecin est marié avec sept femmes et est néanmoins en même temps pape, président de la république et roi d'Espagne. Cet ouvrier qui gagne quatre francs par jour, possède aussi des millions et des châteaux.

Un autre caractère essentiel et constant de la mentalité de ces malheureux, c'est un égoïsme absolu. Ne parlant que d'eux-mêmes, ils ne s'intéressent nullement à tout ce qui n'est pas leurs conceptions absurdes ; il ne vivent plus dans le monde extérieur. Toute pensée, tout acte psychique est en dernière analyse absorbée dans un moi énorme, gigantesque.

La mémoire est fortement atteinte. Le souvenir des faits récents est diminué ou n'existe plus. Celui des événements anciens est lui-même fort trouble. Ils oublient leur âge, le nombre et le nom de leurs enfants, les dates des grands événements de la vie, la durée du temps écoulé depuis leur internement, etc.

De ce manque de souvenirs et de cet égoïsme psychique résultent fatalement la perte partielle ou totale des notions premières de l'esprit. La durée, l'espace, l'étendue disparaissent progressivement. Ni passé ni avenir, l'actuel, le présent seul existe. Dans leurs phrases ils n'emploient guère que le présent du verbe et surtout le présent du mode indicatif. « Je suis », mais presque jamais « j'ai été ou je serai », c'est un éternel actuel.

Il en est de même, bien que moins complètement, de la notion d'espace et aussi de celles de l'étendue, de la forme, du lieu qui en découlent, souvent, ils ignorent à quel endroit ils se trouvent. Ils ont des biens immenses, mais souvent ne les localisent nulle part ; ils ont des milliers et des milliers de mètres de hauteur ; dans leurs évaluations, dans leurs chiffres, pas de limites ou bien des limites imprécises et à tout moment différentes. Ce sont des quantités « incalculables », des nombres qui parfois atteignent « les nonillions de quadrilliards » ; s'ils sont dans une crise d'hypochondrie, tout est aussi illimité en souffrances, dégradation, pourriture, petitesse. En somme, il semble qu'ils se rapprochent sans cesse d'un infini grand ou petit, beau ou laid, etc. Ils l'atteignent du reste parfois ; « Je suis Dieu, je suis l'infini » ou bien « Je suis mort, je n'existe plus ». Il en est peu parmi ces malades qui offrent ces degrés extrêmes, une perte aussi complète des notions élémentaires, mais on les trouve toujours à quelque étape de cette progression continue à l'absolu et c'est du reste tout leur délire.

Ceci établi, la cause du délire nous paraît en dernière analyse devoir consister en la perte totale ou partielle de la faculté de comparer les choses entre elles. Si l'homme normal ne se croit pas illimité dans ses sentiments, ses idées, ses sensations, c'est qu'à tout instant, il trouve des termes de comparaison dans le monde extérieur par lesquels il

peut mesurer tout ce qu'il ressent, et nous savons du reste que toute mesure est toujours une comparaison. Si, lorsque nous sommes heureux nous ne disons pas que nous sommes le bonheur infini, c'est parce qu'en dehors de nous nous percevons d'autres joies que nous pouvons mettre en parallèle avec la nôtre propre. De même pour nos douleurs, pour toutes nos idées. Le Bayleux ne le peut point, sinon comment affirmerait-il avoir une taille haute de milliers et de milliers de mètres, s'il pouvait dans son esprit rapprocher sa hauteur de celle du médecin qui l'écoute? Comment aurait-il des milliards et des nonillions de quatrilliards, s'il était capable de comparer sa fortune à celle des autres? Pourquoi serait-il un empereur s'il pouvait comparer ses idées à son existence dans l'asile? Pourquoi serait-il Dieu s'il pouvait mettre son idée à côté de lui-même?

Si, au contraire, on admet chez le paralytique cette perte de la faculté de comparer, tout le délire s'explique, et il serait même impossible qu'il en fut autrement. Si l'on se croit riche, il est évident que l'on doit se penser la richesse même si la perception d'aucune autre fortune ne vient modérer l'idée de sa propre richesse. Si l'on pense être intelligent on sera forcément l'intelligence suprême si l'on ne peut mettre en contiguïté les idées de sa propre valeur et de celle d'autrui. Si l'on est malheureux on est forcément le plus malheureux, le malheur même, si la connaissance de la souffrance des autres hommes ne vient pas par la comparaison mettre un terme à l'étendue de la nôtre.

De là vient l'absurdité, la contradiction de ce délire sans limites qui ne peut même pas se comparer à lui-même. De là l'égoïsme psychique. car la comparaison faisant défaut, le paralytique n'a plus que la perception de lui-même. De là encore, cette progression constante vers l'absolu, l'infini ou le néant, car ces idées sont les seules qui soient incompa-

rables dans le sens étymologique du mot. Les idées ambitieuses ou hypochondriaques sont d'autant plus exagérées que la perte de la faculté de comparer est plus profonde. Aussi pourrait-on dire par le raisonnement, et notre trop courte expérience a paru nous le démontrer, que l'évolution de la maladie suit exactement celle du délire. Plus les grandeurs et les négations augmentent, plus le malade approche de la phase dementielle. Un arrêt, une diminution du délire, sont souvent suivis d'une amélioration et même une rémission de tous les symptômes malheureusement, passagère.

De là, vient encore la diminution de la sensibilité psychique et la perversion du sens moral. L'égoïsme formant le fond intellectuel est nécessairement la caractéristique des sentiments. Aussi les Bayleux sont-ils le plus fréquemment indifférents aux douleurs d'autrui. On leur a fait une réputation de générosité, de bonté et de douceur ; généreux assurément dans le sens strict du mot, car ils distribuent sans cesse honneurs, richesses, décorations, mais bons, point du tout, car tous ces présents ne sont encore qu'une manifestation de cette hypertrophie du moi qui s'étend sur toute chose, englobe tout en lui.

La volition est dans ces conditions incertaine et instable. Comme leur délire lui-même, leurs décisions n'ont rien de fixe et ne reprennent quelque puissance que si celui-ci s'atténue et disparaît.

Lorsque les idées délirantes sont à leur maximum d'intensité, le malade n'agit que fort peu. Perdu dans la contemplation de lui-même, il passe son temps à déclamer ses grandeurs, ses richesses. Si au contraire, il est dans une phase hypochondriaque, il s'immobilise dans son néant, sa dégradation. Aussi les actes sont-ils réduits à cet automatisme animal presque inconscient, la marche, les mouvements rythmiques involontaires, la mastication, la miction,

la défécation. Lorsque le délire est moins actif, que la comparaison encore possible lui impose quelques limites, ils agissent alors pour la satisfaction de leurs idées. Ils jouent divers jeux pour s'y montrer les plus forts, cueillent des fleurs pour s'en parer, emplissent leurs poches d'objets inutiles ou de saletés, ou bien déchirent et souillent leurs vêtements, brisent les vitres, détruisent tout ce qu'ils peuvent.

A cette période, les troubles physiques s'accusent de plus en plus. Cependant, ils ne sont pas absolument constants et parfois, rarement il est vrai, l'étude la plus attentive ne peut chez un malade en plein délire déceler le moindre embarras de la parole, le moindre trouble moteur.

Parmi les troubles de la motilité, le plus frappant au premier abord, c'est l'embarras de la parole. Trois causes y peuvent contribuer, la perte de la mémoire des mots, l'ataxie des muscles de la langue et le tremblement. Quoique de minime importance, la perte de la mémoire des mots est une cause de lenteur, d'hésitation, et même de bredouillement dont il faut tenir compte, mais l'incoordination motrice joue de beaucoup le rôle principal ; c'est, comme on l'a dit maintes fois, une difficulté dans l'articulation des consonnes, l'achoppement des syllabes (Kussmaul). Les malades, dans le cours d'un mot, surtout s'il est un peu long, ne peuvent passer facilement d'une syllabe à l'autre. Dans une suite de deux syllabes, il en résulte que le son de la première sera prolongé et que la consonne qui commence la deuxième sera ou omise ou en partie escamotée, modifiée dans son articulation. Dans le mot Poitou par exemple, poi sera prolongé et tou plus ou moins modifié, prononcé un peu comme l'article anglais, the (Poi-a-a tshou ». L'omission d'une syllabe se voit surtout dans les mots difficiles et longs. « Constitution » sera prononcé « constution » avec quelque

chose d'irrégulier, d'indéfinissable sur le tu. Lorsque ces modifications du langage sont très accusées, toutes les consonnes sont en partie escamotées, on n'entend plus que des voyelles longues semées ça et là de consonnes atténuées, des sh, sch, tch, keh, des il mouillés; etc.

Un tremblement, visible du reste sur la face, les lèvres, la langue, et facilement reconnaissable pour une oreille exercée, intervient aussi pour troubler le discours, il se manifeste par le bégaiement et par des interférences successives dans l'intensité du son des voyelles; dans ce dernier cas, les muscles expirateurs doivent être incriminés; ils poussent dans le larynx des quantités d'air régulièrement plus ou moins grandes. Cela rappelle en petit les alternatives d'augmentation et d'amoindrissement de l'intensité du son d'une grosse cloche. Lorsque tous ces troubles sont réunis, le langage devient absolument incompréhensible; c'est un galimatias inanalysable.

Tremblement et ataxie sont donc visibles sur les muscles de la face, les lèvres, la langue, si le malade parle, rit, siffle, etc. Il est assez difficile de faire la part qui revient à chacun de ces facteurs, mais on a nettement l'impression que le tremblement n'existe pas seul.

Si on fait tirer la langue, on constate tout d'abord un tremblement fibrillaire, vermiculaire, selon l'expression pittoresque de Baillarger, et, en second lieu, une incoordination nette. La langue ne peut être portée à droite par exemple, sans auparavant voyager dans la bouche de quelque manière. Souvent l'ataxie est à ce point marquée qu'elle ne peut être maintenue hors de la bouche; elle est alternativement rentrée et retirée, c'est le mouvement de trombonné (Magnan).

L'ataxie et le tremblement constituent du reste l'essentiel des troubles de la motilité volontaire. Ils se traduisent

par l'impossibilité ou la difficulté de faire quelque ouvrage, surtout s'il est un peu délicat. A l'instar des tabétiques, les malades, pour saisir un objet, font planer leur main au dessus, mais en plus, on remarque des saccades rapides occupant souvent le membre entier. De ce fait, l'écriture est fortement troublée. Ce sont dans les traits, des zigzags qui manifestent le tremblement et des formes anormales des caractères, des allongements, des boucles inattendues, des pseudopodes en quelque sorte qui décèlent l'incoordination.

Dans la marche, les Bayleux lancent un peu leurs jambes, talonnent ; le tremblement est alors difficile à constater en raison de la rapidité du mouvement. Mais, si, couchés, on leur fait soulever le membre inférieur, on constate quelquefois des secousses rapides d'une assez grande amplitude.

Dans l'immobilité le tremblement existe encore, mais seulement si les muscles sont à l'état de contraction. Il est facilement ressenti par la main appliquée sur la région fessière ou sur la cuisse, le malade étant dans la station debout.

A ces symptômes essentiels, vient se joindre un affaiblissement musculaire marqué qu'a bien fait ressortir M. Christian (nature des troubles musculaires de la paralysie générale des aliénés). La fatigue arrive beaucoup plus rapidement que chez les sujets normaux.

L'état des reflexes est des plus variables ; le reflexe rotulien et celui de la main sont tantôt exagérés, tantôt normaux, tantôt diminués ou abolis. Quelquefois aussi on observe de la trépidation épileptoïde du pied.

Chez les aliénés que nous étudions, tous ces troubles ne sont pas toujours aussi accusés ; tous les degrés peuvent être observés depuis, comme nous l'avons dit, l'absence complète jusqu'aux extrêmes que nous venons de décrire.

Les troubles de la sensibilité sont des plus inconstants,

des plus variables ; le délire et l'excitation des malades les rend, en outre, fort difficiles à rechercher. Lasègue, Mendel, Christian les ont étudiés avec soin. Mais de l'aveu de tous il paraît impossible d'arriver à une formule générale. Tantôt la sensibilité cutanée est intacte, tantôt au contraire des anesthésies des hypéresthésies. Nous croyons cependant, avec M. Christian que la sensibilité à la douleur est généralement diminuée. Il serait impossible d'expliquer autrement le stoïcisme des malades devant des brûlures, des furoncles, des anthrax. Cela se voit surtout dans les dernières périodes de la maladie. Dans la phase délirante on observe quelquefois des hypéresthésies, mais comment apprécier lorsqu'un malade crie et se démène comme un enfant à la moindre piqure.

Les organes des sens présentent aussi des troubles divers. L'odorat a été trouvé diminué ou aboli par M. Voisin ; on ne saurait du reste expliquer autrement le plaisir de certains malades à se tenir tout le jour aux latrines « allant même jusqu'à se remplir le nez de matières fécales » (Christian).

Les troubles de l'ouïe sont trop rares et encore trop peu observés pour que l'on puisse en faire une étude d'ensemble. Ordinairement on ne remarque rien de particulier.

Le sens de la vue mérite de nous arrêter plus longtemps. Comme l'a fait ressortir M. Ballet, l'œil est souvent atteint d'ophtalmoplégie interne. Dans beaucoup de cas cette paralysie étant inégalement répartie sur chaque pupille donne le phénomène de l'inégalité pupillaire. D'après la moyenne de plusieurs statistiques, 66 Bayleux sur 100 présenteraient ce signe. Quand il n'existe pas, on observe soit du myosis soit de la mydiase, presque toujours le signe d'Argill Robertson, fréquemment de la paresse de l'accommodation à la distance, quelquefois l'immobilité complète de la pupille. Enfin, mais le fait est rare, on peut parfois observer une amaurose com-

plète. Un pensionnaire de Charenton est actuellement dans ce cas ; bien qu'il bute contre tous les obstacles, ne reconnaisse personne, et soit incapable de se diriger sans guide, il affirme qu'il y voit parfaitement. Signalons aussi le strabisme, le ptosis, complications exceptionnelles et sans valeur pour le diagnostic.

Un signe que nous croyons des plus importants, c'est le facies paralytique ou plutôt Bayleux. Lorsque le malade est silencieux, il est sans physionomie. On ne sent pas la moindre de ces contractions musculaires involontaires qui font l'expression habituelle. La face est flasque, molle, plate, sans autres rides que celles qui ont été acquises autrefois.

Enfin, des accidents convulsifs peuvent survenir durant le cours de cette période. Tantôt apoplectiformes, tantôt épileptiformes, souvent les deux à la fois, ils présentent toutes les variétés ; l'apoplexie la plus franche avec perte de connaissance, hémiplegie, stertor, et aussi l'hémiplegie passagère avec chute et retour à l'état normal en quelques minutes ; la grande attaque d'épilepsie, l'épilepsie partielle et le simple vertige. La mort est fréquemment la conséquence de ces ictus, mais si le malade ne meurt pas, les paralysies disparaissent, tout s'en va sans laisser de reliquats. Ces attaques sont toujours accompagnées d'une élévation de la température qui, dans les cas légers, ne dépasse pas 38°5 à 39, mais qui, si la terminaison doit être fatale atteint 40° et au-delà. L'état mental s'affaisse généralement après les ictus non suivis de mort, et c'est un des modes par lequel le malade entre dans la période de démence.

La vie organique porte dès cette période les stigmates de l'amointrissement qui va se prononcer toujours davantage et atteindre son maximum à la période terminale. L'appétit ordinairement intact est souvent augmenté. Bon nombre de paralytiques dévorent les aliments qu'on leur sert et

dérobent ceux de leurs voisins. Dans l'hypochondrie et dans la stupeur, ils peuvent refuser de manger, ce qui nécessite l'emploi de la sonde œsophagienne. Au milieu du délire expansif, la digestion est normale, activée même, car jamais un homme ordinaire ne supporterait sans inconvénients la surcharge gastrique quelquefois énorme de certains paralytiques. Dans les époques hypochondriaques, il existe au contraire souvent des troubles digestifs, diarrhée ou constipation. La défécation involontaire est fréquente, soit qu'on doive l'attribuer à des troubles fonctionnels du sphincter anal, soit à l'oubli ou à l'imprévoyance des malades.

Généralement lorsque le délire s'accroît, qu'il soit ambitieux ou hypochondriaque, un amaigrissement assez rapide s'opère, si au contraire les symptômes psychiques restent stationnaires ou mieux encore s'ils s'atténuent ou disparaissent, le malade engraisse et reprend les apparences d'une bonne santé. Enfin la facilité avec laquelle les malades contractent les infections les plus ordinaires, furoncles, anthrax, congestions pulmonaires, etc., témoignent de la dystrophie générale de l'organisme. Il arrive souvent que ces suppurations soient suivies d'une rémission.

La durée de cette période est très variable, depuis quelques jours jusqu'à deux, trois ans et au-delà. Nous considérons que les rémissions incomplètes et les arrêts de la maladie sont d'une extrême fréquence, si l'on veut considérer comme rémissions les phases durant lesquelles un malade qui a déliré engraisse et ne délire plus et comme arrêts celles dans lesquelles le délire et la santé générale restent stationnaires. Il nous paraît donc que l'affection évolue par poussées successives séparées par des moments de calme relatif.

Les malades entrent dans la phase de démence, soit lentement par l'accroissement de la perte de la mémoire et des

autres facultés intellectuelles, soit assez brusquement après des attaques apoplectiformes ou épileptiformes.

Phase démentielle.

Ce qui pour nous caractérise la phase démentielle, c'est la perte de la spontanéité psychique, l'impossibilité pour le malade d'agir de sa propre autorité même pour les actes les plus élémentaires, les plus simples de la vie.

Le délire peut encore exister, mais il est d'une richesse et d'une mobilité beaucoup moins grandes que dans la phase précédente. Les idées de grandeur réduites quelquefois à une ou deux, toujours les mêmes, ne sont exprimées qu'à la condition que l'on incite le malade à parler ; laissé à lui-même, un sourire de satisfaction béate manifeste seul son optimisme. Le délire hypochondriaque présente les mêmes caractères de pauvreté relative et de demi-fixité. Il est très fréquent à ce moment et prend sans doute naissance dans les souffrances réelles de l'individu. Peu à peu, les actes volontaires deviennent plus rares et finissent par disparaître tout à fait. Errant dans de vagues et lentes promenades, souvent assis, ils négligent complètement les soins de propreté les plus élémentaires ; aussi sont-ils débraillés et d'une saleté dégoûtante. Il faut les pousser à table, les habiller, les faire aller à la selle. On est souvent obligé de les laisser sur la chaise percée à cause d'un gâtisme de tous les instants.

Enfin, il est un moment où rien de ce qui est chez les hommes volonté, intelligence, sensibilité morale ne persiste chez ces malheureux ; assis ou maintenus au lit, comparables aux nourrissons, il faut les retourner, les emmailloter en quelque sorte, les nourrir à la cuillère, souvent à la sonde.

Il ne reste plus qu'un automate ne vivant que par son cœur et sa respiration, criant s'il souffre, immobile s'il est bien, la négation complète de tout ce qui fait l'homme intellectuel dans un corps humain seulement par la forme.

Les troubles moteurs sont extrêmes. L'affaiblissement l'incoordination, le tremblement rendent la marche impossible. La parole est inintelligible; la déglutition elle-même est troublée et il arrive, rarement il est vrai, des cas de mort par introduction du bol alimentaire dans la trachée. Ils ne peuvent plus même localiser leurs sensations et si on leur coupe le bras droit, ils retirent le gauche.

Ils subissent un amaigrissement rapide et profond, c'est la fonte paralytique. Des troubles trophiques tels que des escharres sacrées, fessières et pouvant quelquefois s'étendre du coccyx aux vertèbres cervicales (nous en avons vu un cas) viennent manifester les troubles profonds de l'assimilation. Ils sont prédisposés à toutes les infections, anthrax, abcès, embarras gastriques, pneumonies, congestions pulmonaires.

Le malade à cette période succombe soit aux progrès du marasme, soit à la suite d'ictus, plus souvent encore d'affections pulmonaires, en particulier les congestions et les pneumonies hypostatiques.

Cette phase en général courte peut être très longue. A ce moment encore existent de fréquentes rémissions portant seulement sur la santé physique, car le cerveau est irrémédiablement atteint.

Il en est qui engraisent et vivent plusieurs mois quelque fois plus d'une année dans la déchéance la plus profonde.

La durée de la maladie de Bayle parfois très brève, car sans doute, bien des malades ayant dans la période prodromique succombé à des ictus congestifs ont été crus atteints d'une autre affection cérébrale est quelquefois selon nous d'une longueur extrême. Si dans l'immense majorité des

cas, la maladie ne dépasse pas quatre ou cinq ans, nous croyons, bien que ce ne soit pas l'opinion générale, qu'il en est chez lesquels la vie peut se prolonger 8, 10, 12 ans et plus encore. Nous connaissons l'observation d'un individu entré à Charenton en juin 1884 avec tous les stigmates psychiques et physiques de la maladie de Bayle et ayant même présenté des escharres, sorti très amélioré en octobre de la même année et qui en 1893 a été revu dans une santé physique et psychique excellente et remplissant régulièrement sa profession de représentant de commerce ; il ne restait de son affection qu'une inégalité pupillaire marquée. Nous ne croyons pas à la guérison, mais les rémissions sont d'après nous si ordinaires et de durée si variable que nous pensons que cet homme a eu la chance d'en avoir une très longue ; selon nous, il est toujours menacé de la reprise de tous les symptômes et de la mort du fait de sa maladie de Bayle, à moins qu'une affection autre ne l'enlève auparavant.

Du reste il existe déjà un certain nombre d'observations du même genre.

DIAGNOSTIC DE LA MALADIE DE BAYLE

A LA PHASE PRÉDÉLIRANTE

Durant la phase prédélirante, le diagnostic de la maladie de Bayle est d'une extrême difficulté. Il est à peu près impossible en effet d'attribuer à leur véritable cause les douleurs, névralgies diverses que l'on peut rencontrer à ce moment. La recherche des autres signes, des modifications du caractère, de l'excitation génésique, des troubles de la parole pourraient donner d'utiles indications, mais cela est le plus souvent omis parce que l'on ne saurait y penser.

Cependant un médecin peut être appelé soit pour l'état neurasthénique des malades, soit au contraire pour l'excitation qu'ils présentent dans la majorité des cas ; bien que difficile, le diagnostic est alors possible très souvent.

M. Ballet, qui après Auguste Voisin et Mendel a étudié la neurasthénie préparalytique, établit nettement en une remarquable leçon en quoi elle diffère de la neurasthénie vraie. Les signes communs aux deux neurasthénies sont d'après lui, la céphalée, les vertiges, les éblouissements, les douleurs aiguës, les troubles dyspeptiques, les préoccupations hypochondriaques, un sentiment général de lassitude et de faiblesse. Les signes différentiels sont les suivants :

« 1° Les stigmates, c'est-à-dire les signes permanents de la neurasthénie (casque, rachialgie, plaque sacrée) font défaut.

« 2° Les douleurs névralgiques occupent dans le tableau

« une place importante. Ces douleurs (abstraction faite bien
« entendu des douleurs fulgurantes ou térébrantes qui
« dépendent des lésions spinales de la paralysie générale)
« sont multiples et essentiellement mobiles, variables d'un
« jour à l'autre. Les descriptions imaginées qu'en font les
« malades étonnent : ce sont des douleurs qu'on a pas cou-
« tume d'observer.

« 3° Il se produit d'un jour à l'autre des modifications
« brusque dans l'état du sujet Sans doute le neurasthénique
« est susceptible de se laisser distraire et d'oublier tempo-
« rairement les souffrances et la fatigue qui l'obsèdent,
« mais pas au même degré que la paralysie générale : Il ne
« perd jamais complètement le sentiment de la réalité patho-
« logique ; on est au contraire surpris de voir le neuras-
« thénique paralytique qui tout à l'heure accusait de si vio-
« lentes souffrances et se plaignait au plus haut point de sa
« santé oublier ses douleurs sous l'influence d'un incident,
« d'une conversation qui l'intéresse et causer avec enjoue-
« ment et avec entrain. Ces modifications momentanées qui
« surviennent au gré des événements et des circonstances
« peuvent se manifester d'une façon plus durable sous l'in-
« fluence d'une tentative thérapeutique souvent insignifiante ;
« les malades naguère découragés et tristes parlent avec joie
« de leur guérison ; leur satisfaction est exhubérante et sans
« mesure comme l'était il y a peu de temps leur désespoir.
« Bref, les souffrances ont les caractères de phénomènes
« plus psychiques que somatiques, on leur trouve à l'état en
« quelque sorte embryonnaire, plusieurs des traits que pré-
« sentera plus tard quand la maladie sera confirmée le
« délire dans sa forme hypochondriaque et dépressive.
« (Ballet, *Semaine médicale* 1893) ».

Dans cette remarquable description, ébauche du délire futur, nous voyons déjà à son début la perte de la faculté de

comparer les choses. Ce qui s'est passé tout à l'heure ne laisse aucune trace dans l'instant qui suit parce que le malade ne peut déjà plus faire la comparaison de deux moments même consécutifs. Tout est poussé à l'extrême joie ou douleur parce que déjà le malade ne pouvant plus rien mesurer arrive à voir dans sa souffrance, la souffrance et dans son bonheur, le bonheur. C'est en somme les troubles de la comparaison qu'il faut rechercher parce qu'ils font déjà la caractéristique de l'état mental.

Signalons aussi avec le professeur Fournier dans la maladie de Beard l'absence des signes somatiques de la paralysie générale et du délire, la conservation de la mémoire et sa perte au contraire dans la maladie de Bayle et enfin la différence des idées hypochondriaques, possibles dans la première, au contraire absurdes dans la deuxième — toujours parce que les malades ne comparent pas.

Si au contraire le Bayle traduit sa maladie commençante par de l'excitation, la confusion est possible avec deux affections : la folie morale tout d'abord, si les troubles psychiques sont la cause d'actes délictueux ; la folie hystérique, l'excitation maniaque simple, si l'excitation est surtout cérébrale.

Plusieurs points en effet sont communs à ces deux affections et à l'exaltation préparalytique ; tout d'abord, c'est une hyperidération excessive. Les idées sont extrêmement nombreuses et se succèdent avec une rapidité très grande ; elles se traduisent par une loquacité de tous les instants ; en second lieu (et la ressemblance en cela existe surtout pour la folie morale) c'est une tendance aux actes scandaleux, une véritable perversion du sens moral.

Ces similitudes apparentes disparaissent bien vite si l'on veut étudier le fond des choses. En effet, si les idées des hystériques et des fous moraux sont très nombreuses et

d'une succession très rapide, l'association en est parfaitement régulière ; ils font même preuve d'un sens de la comparaison parfois très développé qui se manifeste dans leur habileté infernale, par la facilité avec laquelle ils entraînent nombre de gens dans leur opinion, par l'esprit de ruse et de duplicité qui les dirige toujours. Dans la maladie de Bayle, au contraire, si l'originalité apparente des idées frappe au premier abord, la réflexion a tôt fait d'en montrer l'inconséquence et l'absurdité. Ici tout est exagéré, sans mesure, le malade affirme, mais est incapable de donner le pourquoi et le comment de ce qu'il avance. En outre, l'hystérique, le fou moral parlent souvent du passé ; avec une adresse extrême, ils rattachent les faits actuels à des événements anciens, et arrivent ainsi à construire des romans trop souvent vraisemblables pour ceux à qui ils veulent du mal ; le paralytique ne s'occupe pas du passé ; le présent seul lui suffit ; cela est et non pas cela a été ou sera. Enfin, le monde extérieur, les autres hommes jouent un rôle énorme dans la psychologie des premiers ; ce sont des altruistes à rebours ne cherchant qu'à jeter le discrédit sur ceux qui ne leur conviennent pas ; malheur alors à leurs victimes ; quelques procès criminels l'ont établi surabondamment, entre autres, celui d'Urbain Grandier. L'égoïsme immédiat est au contraire le fond du caractère des paralytiques. Le moi est tout pour eux ; s'ils causent du mal à autrui, s'ils sont le désespoir de leurs familles, ce n'est pas par méchanceté, mais bien pour se satisfaire eux-mêmes, pour accroître leur personnalité. Si l'on écoute leurs discours, on voit en fin de compte qu'ils n'ont parlé que d'eux-mêmes, de leurs talents, de leur intelligence, etc.

Les actes présentent les mêmes caractères d'égoïsme, d'inconséquence et d'immédiate exécution, tandis au contraire que ceux du fou moral sont souvent admirablement

machinés dans le but de faire du mal au prochain et longtemps mûris avant d'être commis. Les futurs Bayleux peuvent commettre des actes délictueux, nuisibles ; faux, vols, viols, mais qui sont de la catégorie de ceux dont le bénéfice revient immédiatement à leur auteur.

Ce que nous venons de dire du diagnostic à la période prédélirante s'applique surtout à l'homme. Chez la femme, cette phase plus souvent de dépression ressemble à des manifestations soit neurasthéniques, soit hystériques. La recherche des troubles somatiques de ces névroses peut être précieuse et ne doit jamais être omise.

DIAGNOSTIC DE LA MALADIE DE BAYLE

A LA PHASE DÉLIRANTE

Durant la phase délirante deux caractères avons-nous dit dominant la maladie de Bayle, l'apparition d'un délire absolument spécial et le relief que prennent alors les signes physiques et en particulier les troubles moteurs. Deux catégories d'affections peuvent donc être confondues avec elle : celles qui se manifestent surtout par des symptômes psychiques et par conséquent les psychoses pures, les délires toxiques, les folies liées aux névroses et d'autre part celles dont les signes surtout somatiques rappellent plus ou moins les siens principalement le tabes et la sclérose en plaques.

Psychoses pures.

Parmi les psychoses pures nous classerons en premier lieu les affections essentiellement dues aux modifications de la tension psychique, états maniaques lorsque cette tension est extrême, états mélancoliques ou hypochondriaques lorsqu'elle est inférieure à la normale et aussi la folie à double forme qui réunit ces deux variétés. En second lieu, nous placerons la confusion mentale, état vague que nous rangeons dans les psychoses pures faute de mieux, et enfin les délires ambitieux.

A la phase délirante, on pourrait prendre la maladie de Bayle pour un accès de manie, si l'on en jugeait seulement

par l'excitation des malades et la loquacité qui la traduit. Cependant, sans attendre que l'évolution fasse d'elle-même le diagnostic, celui-ci est ordinairement facile sur le champ. Dans les états maniaques, il n'y a pas à proprement parler de délire, mais seulement une rapidité extrême dans l'association des idées. En outre, l'excitation présente en grand tous les caractères que nous avons donnés pour l'excitation maniaque simple et la folie morale : de l'altruisme bon ou mauvais et aucune exagération dans la nature même de l'idée qui serait raisonnable, si elle n'était si fugitive et si vite remplacée.

Il ne faut pas beaucoup dans ce cas compter sur les signes physiques surtout si le malade est très excité ; ils semblent disparaître en effet ; Bayle avait déjà remarqué que l'embarras de la parole fait défaut lorsqu'il existe une grande loquacité. Il nous a semblé qu'il en est de même des autres troubles moteurs ; les malades agissent, marchent, courent sans la moindre difficulté. Un examen plus complet est presque toujours impossible en raison de leur instabilité. Les actes des maniaques sont tout à fait différents ; on sent qu'ils cherchent à attirer l'attention par leurs cris, leurs costumes bizarres et bariolés, leurs gestes, leurs attitudes théâtrales, leurs actes volontairement méchants.

Le diagnostic des états dépressifs de la maladie de Bayle est peut-être encore plus simple. Le délire est aussi le meilleur signe ; mélancolique ou hypochondriaque, il porte toujours l'empreinte de l'exagération sans mesure, de l'égoïsme de tout véritable Bayleux. Les signes physiques existent alors presque toujours et sont faciles à rechercher. L'embarras de la parole, les tremblements de la langue et des lèvres sont marqués.

Cependant une sérieuse difficulté peut survenir ; le malade peut commencer son affection par une période de stu-

peur, il reste immobile, muet ; il est donc impossible de rechercher les troubles moteurs, la nature des idées délirantes « C'est alors, dit Marcé, qu'il faut recueillir les moindres paroles, saisir à la volée les mots capables de mettre sur la trace du délire. » Mais les signes qui nous paraissent de la plus grande valeur ce sont les troubles pupillaires toujours faciles à rechercher ; l'inégalité des pupilles, le myosis, le signe d'Argill Robertson peuvent à eux seuls faire le diagnostic, car nous ne connaissons pas d'autre stupeur que celle de la maladie de Bayle avec laquelle il puissent exister.

La folie à double forme, peut, dans les périodes d'excitation donner les mêmes embarras qu'un autre état maniaque. M. Régis a pensé trouver un bon signe différentiel dans les mauvais instincts des circulaires, tandis que les paralytiques seraient toujours bons, bienveillants, généreux. Nous avons démontré que toutes ces vertus apparentes n'étaient qu'une manifestation de l'égoïsme, et que c'est par conséquent ce caractère qui est très utile pour le diagnostic. D'autre part, nous ne connaissons aucun symptôme propre à l'excitation dans la folie à double forme, ce qui revient presque toujours à faire le diagnostic d'un accès de manie quelconque. Il en est de même de la période de dépression. Il ne faudrait pas trop se baser sur l'évolution de l'affection, car la maladie de Bayle affecte quelquefois une forme circulaire.

En résumé, nous voyons que tous les signes qui, devant un maniaque ou un mélancolique nous feront affirmer la maladie de Bayle, sont surtout psychiques et sont des manifestations diverses de la perte partielle de la faculté de comparer. Ce trouble est en effet pour nous l'essentiel dans le tableau clinique et à lui seul fait de la maladie de Bayle une entité bien définie.

La confusion mentale est un syndrome encore assez mal défini, probablement d'origine toxique dans lequel tous les phénomènes psychiques paraissent noyés, perdus dans un vague complet. Les malades se présentent hébétés, hagards parlant peu et ne disant alors que des mots sans suite. Tous ces symptômes paraissent être dus en dernière analyse à l'impossibilité d'associer les idées. Aussi ne peuvent-ils construire aucun raisonnement, aucun jugement. Ce trouble peut exister quoique rarement dans la maladie de Bayle et le diagnostic en l'absence des antécédents est d'une extrême difficulté d'autant plus que de l'embarras de la parole, des tremblements peuvent exister dans les deux cas. Il faut alors attendre ; dans la maladie de Bayle, cet état ne se prolonge guère, et, il sera bientôt possible de reconnaître quelque signe caractéristique. Il n'en n'est pas moins vrai qu'un pensionnaire de la maison de Charenton est mort dans cet état sans que le diagnostic ait été porté.

Les délires ambitieux se rencontrent dans plusieurs affections mentales : le délire de persécution a la troisième période, quelques cas de folie circulaire et de manie chronique et les folies mystiques. Parfois même on ne peut les rattacher à rien et ils méritent alors, le nom de mégalomanie primitive. Suivant les cas, toutes les conceptions ambitieuses peuvent se rencontrer on peut voir des millionnaires, des rois des empereurs et des dieux. Un caractère qui les sépare nettement de la maladie de Bayle, c'est leur fixité. Ces mégalomanes ne varient jamais et à l'encontre des Bayleux, mettent leurs discours, leur tenue, leurs actions en accord avec les dignités ou les grandeurs qu'ils croient avoir. Ajoutons que les signes somatiques de la paralysie générale font défaut et qu'ils montrent lorsqu'il ne s'agit pas de leur délire un sens de la comparaison parfaitement normal, qui peut fréquemment rendre leur conversation agréa-

ble et même intéressante. Ce sont des aliénés qui ne tendent pas vers la démence.

Délires toxiques

Parmi les délires toxiques, un seul a pu quelquefois prendre le masque de la maladie de Bayle : l'alcoolisme aigu ou chronique.

Dans l'ivresse en effet, on note une véritable confusion mentale avec troubles somatiques tels que l'embarras de la parole, divers tremblements, une certaine incoordination motrice ; en tous cas, l'erreur ne saurait être de longue durée. Dans les délires alcooliques chroniques, quelques idées ambitieuses fugaces, une excitation souvent extrême peuvent parfois donner le change. Cependant les hallucinations particulières à l'alcoolique (zoopsie) les idées de persécution, de jalousie, presque constantes auront tôt fait de dissiper l'erreur. Il est bien entendu que nous ne parlons pas ici des méningites chroniques de l'éthylisme, paralysies générales ou pseudo paralysies générales alcooliques dont nous renvoyons le diagnostic plus loin.

Où l'erreur est presque inévitable, c'est dans les cas où le Bayleux a fait des excès alcooliques avant son entrée à l'asile et la chose est fréquente. Dans ce cas, les deux délires se mêlent et l'on voit aux conceptions délirantes tristes, aux hallucinations effrayantes se mêler un délire par troubles de la comparaison absolument spécial à la maladie de Bayle. Cela suffira déjà à faire le dernier diagnostic ; la connaissance de l'intoxication surajoutée n'est possible le plus souvent que par l'attente, les antécédents et les cessations au bout de quelques jours de tempérance du délire lypémanique. Nous pensons que bien des paralysies gé-

nérales dites alcooliques sont constituées par ce mélange de deux affections.

Délires liés aux névroses.

L'hystérie peut se compliquer de véritables accès maniaques qui, liés aux tremblements, à un certain embarras de la parole constitué surtout par du bégaiement, pourrait permettre l'erreur. Quoique le fait doive être d'une extrême rareté, nous connaissons l'exemple d'un malade qui a succombé aux progrès de la maladie de Bayle et qui fut considéré durant quelque temps comme un hystérique. Les stigmates physiques de la névrose ont alors un caractère absolument précis et significatif. En tous cas les signes psychiques ne ressemblent en rien au délire d'exagération typique du Bayleux. Si l'hystérie simule fréquemment la plupart des lésions organiques du cerveau, elle ne peut sans doute que dans des cas exceptionnels imiter la période délirante de la maladie de Bayle.

Les délires épileptiques n'offrent en général aucune difficulté. Il est difficile de prendre les attaques convulsives pour des ictus épileptiformes à cause des antécédents et des caractères même du délire revêtant alors la forme furieuse.

La maladie de Parkinson a plusieurs signes physiques assez analogues à ceux de la maladie de Bayle ; un tremblement le plus souvent localisé aux extrémités, mais qui peut aussi atteindre les lèvres, les muscles de la face et la langue ; quelquefois un embarras léger de la parole, de la rigidité musculaire se traduisant sur la face par une physionomie immobile et sans expression. Très souvent existent des troubles intellectuels variés avec tendance à la démence,

Le diagnostic peut donc être assez embarrassant. Cependant le tremblement est dans la paralysie agitante permanent, tandis que celui de la maladie de Bayle ne se produit qu'à l'occasion de la contraction musculaire. La rigidité musculaire donne aux parkinsonniens une allure figée, le torse courbé en avant, qui n'existe pas dans le second cas. En outre les troubles psychiques se traduisent surtout par un affaiblissement intellectuel simple tandis que la démence commençante du Bayleux s'accompagne toujours d'un délire par défaut de comparaison.

Tabes.

A ne considérer que les symptômes physiques, la période prodromique de la maladie de Bayle offre de grandes analogies avec la phase préataxique du tabes. La neurasthénie préparalytique n'est point rare et se rapproche assez bien d'une neurasthénie que l'on pourrait appeler prétabétique que l'on observe assez souvent. Dans l'une et l'autre, on peut remarquer des migraines, des névralgies, un sentiment de pesanteur et de constriction autour du crâne, des douleurs articulaires vagues, des douleurs fulgurantes. Des bourdonnements d'oreille, de légers troubles de la vision peuvent dans les deux cas exister ; il en est de même des troubles trophiques, le mal perforant plantaire par exemple, et déjà aussi de cette ataxie légère qui s'oppose à l'exécution parfaite des actes délicats ou difficiles, l'enfilage d'une aiguille, le serrage d'un écrou, etc.

Toutefois, les modifications intellectuelles sont tout à fait différentes ; comme nous l'avons dit, le symptôme essentiel de la phase prédélirante de la maladie de Bayle, c'est le changement complet du caractère, des habitudes de l'indi-

vidu ; on devra avec soin étudier le passé du malade, rechercher si depuis quelque temps, il n'a pas donné des preuves d'une irritabilité intempestive, d'une excitation surprenante pour qui le connaît, s'il n'est pas l'auteur de quelques actes inconsidérés ne s'expliquant ni par les circonstances, ni par la conduite antérieure.

Les signes douloureux ne sont pas non plus exactement les mêmes. Les douleurs fulgurantes existent dans la maladie de Bayle, mais sont loin d'être constantes tandis qu'elles sont presque la règle dans le tabes. Les névralgies de la première affection sont plus mobiles, variable d'un jour à l'autre, ne correspondant à aucune description, tandis que les douleurs du tabes sont plus fixes et rentrent dans des catégories bien définies.

En fin de compte, l'évolution établira la vraie nature du mal qui va devenir de plus en plus spinal si l'on a affaire au tabes et de plus en plus mental si c'est à la maladie de Bayle.

Ici vient se placer un problème des plus discutés et des plus difficiles. Le tabes et la maladie de Bayle sont-ils des maladies de même nature avec des sièges différents, ou bien doit-on les considérer comme deux affections distinctes et tirant quelques symptômes communs de localisations identiques ?

La thèse de M. Nageotte, à l'appui de la première théorie, nous a de plus en plus convaincu de la deuxième. En effet, à côté de quelques observations où la coexistence du tabes et de la maladie de Bayle est certaine, ce qui doit se produire fatalement dans le nombre, la plupart des autres sont loin d'établir cette coïncidence. Tantôt il semble que ce soit des Bayleux qui offrent quelques symptômes de l'ataxie locomotrice, mais qui ne présentent ni l'évolution, ni l'allure des tabétiques francs ; tantôt ce sont des ataxiques, qui ne

possèdent de la maladie de Bayle que quelques symptômes physiques, tremblement de la langue, embarras de la parole, troubles qui ne sont en rien concluants s'ils ne sont accompagnés de la perte de la mémoire et du délire par défaut de comparaison, ambitieux, mélancolique ou hypochondriaques que nous croyons absolument caractéristique. Nous y trouvons encore des ataxiques qui à quelques signes physiques de la maladie de Bayle joignent des délires attribuables à diverses causes, alcoolisme, dégénérescence ou encore une lypémanie avec idées de persécution et quelquefois idées ambitieuses fixes rentrant absolument dans les cas qu'à étudiés M. Rougier dans sa thèse. Enfin, il est quelques cas où le tabes paraît accompagné d'une méningo-encéphalite à peu près certaine, mais absolument différente par ses symptômes et son évolution de la maladie de Bayle. Du reste, il suffit de lire avec soin les observations que l'on a citées comme exemple d'association des deux maladies, pour voir combien l'une d'elles prend le dessus et défigure l'autre si elle ne la laisse pas dans l'ombre. Plusieurs de celles qu'à données Baillarger rentrent dans ce cas. La cause de cette identification selon nous erronée tient sans doute à la dénomination impropre de paralysie générale donnée à la maladie de Bayle, dénomination qui réunit toutes les méningo-encéphalites chroniques dans le même cadre et ne saurait par conséquent qu'accroître la confusion.

Les troubles moteurs sont du reste différents dans les deux cas. Inconstants dans la maladie de Bayle, ils sont le fonds de la symptomatologie dans le tabes ; l'incoordination des Bayleux, dissemblable bien qu'il soit difficile d'expliquer en quoi, s'accompagne d'un tremblement intentionnel qui les rapproche bien plus de la sclérose en plaques que du tabes.

Nous donnons l'observation d'un ataxique présentant en

même temps une affection chronique du cerveau, une méningo-encéphalite sans doute, mais absolument distincte quant aux symptômes de la maladie de Bayle.

OBSERVATION I (*personnelle*)

Recueillie dans le service de M. CHRISTIAN, maison nationale de Charenton.

Br..., né le 6 mai 1861, célibataire employé de commerce.

Maladie aiguë avec convulsion dénommée, fièvre cérébrale dans la première enfance.

Enfant toujours très nerveux s'adonnant tout entier aux exercices physiques. A 17 ans, en apprenant à nager, il est retiré de l'eau après 22 minutes de submersion ? De 9 heures à quatre heures de l'après-midi, il reste un cadavre ? Il donne signe de vie à ce moment et à bientôt après une crise violente dans laquelle il brise tout. Il perd de nouveau connaissance et reste 36 heures dans cet état. La convalescence dure six semaines. Il conserva longtemps une mauvaise mine.

Vers cette époque, il contracte une affection vénérienne très probablement la syphilis.

Il fait son service militaire, se montre très bon soldat, fait la campagne de Tunisie, il quitte l'armée après 48 mois de service.

Vers 1888, il commence à ressentir des douleurs fulgurantes dans les jambes et consulte un médecin qui lui donne du bromure de potassium.

Cet état se continue sans ataxie jusques en 1894, époque où l'on constate un myosis marqué.

Vers 1895, il commence à lancer les jambes et n'est plus bien sûr de ses mouvements. Il va faire une cure à La Malou et en revient plus malade. Il devient irascible mais n'a plus de délire.

Depuis environ 2 ans son entourage s'aperçoit qu'il baisse, ne peut plus travailler. La marche est très difficile, il tombe fréquemment.

Il y a environ un an il se met à rire, à chanter sans raison, croit

qu'il donne des leçons de musique. Il a des hallucinations gaies, voit ses amis, cause et rit aux éclats avec eux.

En 1898, il voit des animaux féroces, des lions et manifeste une grande frayeur. Les hallucinations prennent un caractère triste ; il se donne alors dans la poitrine plusieurs coups de canif parce qu'il prétend que ses amis l'accussent de se masturber ; il devient très violent et est interné à la maison de Charenton le 7 août 1898.

État actuel, 8 août 1898.

C'est un homme grand, maigre ; le crâne et la face sont de petites dimensions ; pâleur extrême due à l'abondante hémorrhagie qu'a provoquée sa tentative de suicide. Les lèvres, les muqueuses sont décolorées. Il répond à peine aux questions et ne prête d'attention à rien.

Le corps ne présente pas de malformation. Les plaies dues aux coups de canif sont en pleine cicatrisation.

Il existe un myosis très prononcé, mais il est impossible à cause de la résistance du malade de rechercher les troubles de l'accommodation. Le réflexe rotulien est absent des deux côtés. La marche très difficile se fait en talonnant et les jambes écartées.

Impossible d'explorer la sensibilité. Mictions et défécations involontaires. Pas d'embarras de la parole ni de tremblement de la langue.

10 août. État général meilleur. Un traitement tonique est institué. Hallucination constantes, il cause avec ses voix se bouche les oreilles pendant qu'on lui « téléphone » entre en conversation avec le soleil.

Les idées de grandeur se rattachent évidemment aux hallucinations, il se dit *Charles Quint* et ne se contredit point dans son délire.

Il est très violent en paroles, traite de canailles, de crapules le médecin, l'interne, les surveillants et veut à tous faire couper la tête. Il cherche à donner des coups de pied.

22 août. Délire toujours le même ; il est toujours *Charles Quint*. Ce qui est surtout remarquable, ce sont des hallucinations constantes de la vue et de l'ouïe on lui « téléphone » toujours. Il est très méchant, condamne à mort tous ceux qui l'approche. Il crache partout. Son excitation rend impossible l'examen physique. L'état général est maintenant très bon.

30 septembre. L'état est resté exactement le même ; autant d'hallucinations ; colère violentes contre tout le monde.

10 novembre. Au commencement du mois, *hématome de l'oreille droite* suivie bientôt après d'un *hématome de la gauche*. Ces accidents disparaissent en quelques jours. Pas d'embarras de la parole.

1^{er} décembre. Le malade est moins halluciné mais est toujours méchant il se dit toujours Charles Quint. La marche est actuellement tout à fait impossible. Gâtisme intermittent.

3 janvier 1899. Un peu plus tranquille ; si on l'interroge il répond des injures.

1^{er} février. Il paraît tomber en démence ; le délire n'est plus apparent il devient très sale. Il reconnaît parfaitement son frère et a pu causer raisonnablement pendant un instant mais est bientôt retombée dans une incohérence vague.

15 mars. Il est toujours plus sale. Immobile quelque fois, le plus souvent se trainant çà et là autant que le lui permet son ataxie, il semble plongé dans une démence profonde.

En résumé, voici un ataxique dont le délire a été constitué primitivement par des hallucinations multiples, qui a eu en même temps des idées de grandeur toujours identiques à elles-mêmes, d'une précision absolue, qui a présenté un hématome de l'oreille et qui est arrivé lentement à la démence la plus profonde. Il paraît donc évident qu'il existe là une affection cérébrale chronique frappant la substance grise corticale, mais, qui ne peut selon nous être qualifiée de maladie de Bayle en raison de la différence essentielle du délire.

Sclérose en plaques

La sclérose en plaques présente des symptômes physiques qui en apparence sont assez comparables à ceux de la maladie de Bayle. Ce sont un embarras de la parole, un tremblement marqué, des troubles de la marche et enfin des

signes oculaires, irrégularité des pupilles, signe d'Argill Robertson, atrophie de la papille.

Au point de vue mental, on peut noter un affaiblissement intellectuel plus ou moins marqué « qui va parfois jusqu'à donner au malade « une expression niaise et enfantine » (Marie) ; on a même signalé du délire des grandeurs et une démence complète. Toutefois si l'on approfondit, le diagnostic est ordinairement facile. La parole est lente scandée et presque toujours intelligible, tandis que dans la maladie de Bayle, c'est surtout un trouble de l'articulation. Le tremblement est ordinairement plus massif, occupant quelquefois un membre entier. Les troubles psychiques sont peu importants, ne consistant généralement qu'en un affaiblissement intellectuel simple. Les idées de grandeur doivent être très rares. Enfin, le nystagmus est très fréquent et n'existe pas dans la maladie de Bayle.

A ce propos, qu'il nous soit permis de placer ici quelques remarques sur des cas d'associations de *paralysies générales* (nous nous servons volontairement de ce mot) et de sclérose en plaques ou encore des paralysies générales affectant la forme de la sclérose en plaques. La lecture des observations qu'on a données nous a convaincu que ces paralysies générales ne pouvaient en aucune manière être identifiées à la maladie de Bayle telle que nous la comprenons. C'est ainsi que M. Charcot, voit la réunion des deux maladies chez une femme de 32 ans qui présente tous les symptômes de la sclérose en plaques, mais chez laquelle la parole est à la fois scandée et bredouillée, qui à l'occasion du langage présente quelques légers mouvements dans les lèvres et les muscles de la face. Le signe d'Argill Robertson existe sur la pupille gauche ; enfin on observe des phénomènes d'épilepsie sensitive. Toutefois, depuis deux ans que dure la maladie, on ne note aucun trouble intellectuel ; la

mémoire est conservée. Ces deux faits suffisent croyons-nous pour détruire complètement le diagnostic de maladie de Bayle, le signe le plus important consistant pour nous dans le délire par trouble de la faculté de comparer.

Nous portons le même jugement sur l'observation suivante empruntée à la thèse de M. Trénel parmi plusieurs autres analogues.

OBSERVATION II (*Thèse de M. Trénel*).

Paralysie générale ayant présenté pendant la vie les symptômes de la sclérose en plaques (Variot. Encephale, 1881) (résumée).

Femme de 57 ans. Pas de syphilis, bien qu'elle ait perdu quatre enfants mort-nés ; surmenage pendant la maladie de son mari et violent chagrin à sa mort. Six mois après, début de la maladie.

Février 1879. Douleurs dans les reins et les jambes. Sautillements involontaires pendant la marche. Tremblement intentionnel de la jambe et du bras gauche. Parole embarrassée, ralentie, chevrotante.

20 janvier 1880. Troubles très marqués de la parole qui est scandée, lente et bredouillée si elle s'excite. Irritabilité, perte de la mémoire.

Inégalité pupillaire, nystagmus léger, atrophie papillaire, tremblement de la langue.

Les membres supérieur et inférieur gauche sont le siège d'un tremblement intentionnel violent. Rien à droite.

Douleurs fulgurantes depuis deux mois dans la jambe et la cuisse gauche quelquefois à droite. Incontinence d'urine.

Depuis le 1^{er} mai, changement notable du caractère. Pleurs et rires sans raison. Démence commençante.

Du 1^{er} au 14 janvier, tremblement désordonné de la langue. Contractures des deux membres droit et gauche. Mouvements choréiformes intenses à l'occasion des mouvements du côté gauche. A la fin de janvier, la parole et la connaissance sont perdues.

Mouvements continus de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse et de l'avant-bras sur le bras ; mort le 30 janvier.

Autopsie : Adhérences méningées. Zone de sclérose dans les cordons latéraux et postérieurs.

Voici donc une méningo-encéphalite, une paralysie générale ayant présenté à l'autopsie des adhérences des méninges au cerveau, qui s'est manifestée durant la vie par divers signes physiques et de la démence simple. On ne parle même pas de cet optimisme ou au contraire ce pessimisme qui forme le plus léger degré de l'idée ambitieuse ou hypochondriaque. En somme, il n'y a pas trace de délire par défaut de comparaison partant pas de maladie de Bayle.

DIAGNOSTIC DE LA MALADIE DE BAYLE

A LA PHASE DÉMENTIELLE

Toutes les affections caractérisées par des troubles profonds de la motilité joints à une démence profonde peuvent simuler cette période de la maladie de Bayle. Le plus souvent donc, le diagnostic ne saurait être fait que par la connaissance des antécédents pathologiques, et l'évolution de la maladie. Nous étudierons, en premier lieu, l'hémorragie, le ramollissement et les tumeurs. En second lieu, les affections à formes surtout démentielles ; aliénation mentale due aux traumatismes craniens, paralysies générales juvéniles et enfin le groupe vaste et confus des pseudo-paralysies générales ou des paralysies générales suivies d'un qualificatif, arthritique, saturnine, pellagreux, alcoolique, syphilitique, etc.

Hémorragie cérébrale.

L'hémorragie cérébrale présente des symptômes si dissimilaires de ceux de la maladie de Bayle, qu'il semble au premier abord inutile d'en chercher les signes différentiels. Cependant, dans un seul cas l'embarras peut être grand. C'est lorsqu'une attaque apoplectiforme se trouve être le premier symptôme frappant, au début d'une maladie de Bayle.

Le médecin devant une hémiplégie plus ou moins complète, la perte de connaissance, le coma a une tendance toute

naturelle à penser à l'hémorrhagie cérébrale, lorsque le pronostic est en réalité un peu moins grave.

Trois signes permettent souvent de faire la différence. En premier lieu, l'étude des antécédents psychiques. Il est bien rare que la famille n'ait pas remarqué un changement dans le caractère, les habitudes morales de l'individu. D'autre part, les signes apoplectiques sont ordinairement moins accusés dans l'ictus de la maladie de Bayle que dans l'hémorrhagie cérébrale franche. L'hémiplégie est moins complète, la perte de connaissance moins profonde, le coma moins durable. Enfin, on devra toujours prendre la température dont l'élévation est la règle dans les ictus congestifs et l'abaissement presque constant dans l'hémorrhagie. Ce dernier signe a pour nous une plus grande valeur que les deux premiers qui sont plus vagues et peuvent passer inaperçus. En tous cas, les suites pathologiques lèveront bientôt tous les doutes.

Très rarement, une hémorrhagie cérébrale peut survenir à titre d'accident au cours de la maladie de Bayle. Le diagnostic serait fait alors par la température qui doit être abaissée.

Ramollissement cérébral

Il existe des ramollissements cérébraux sans hémiplégie ni aphasie permanentes, pouvant s'accompagner de paralysies variables d'un jour à l'autre, d'attaques apoplectiformes et épileptiformes, d'embarras de la parole, d'inégalité des pupilles, de perte de la mémoire et de troubles intellectuels. « Souvent dit Grasset on observe une sorte de « délire qui a un cachet spécial ; le malade parle sans savoir « ce qu'il dit. Causez avec lui, il répond bien ; mais abondez-le à lui-même, il divague de nouveau. Il a un

« besoin incessant d'agitation ; il se lève à tout instant ;
« une fois levé, il oublie pourquoi il s'est levé et se recouche ;
« quelquefois il oublie son lit et couche dans celui du voi-
« sin ou bien il tombe par terre ». On peut même observer
un délire plus actif qui rend le malade dangereux, mais
comme on le voit, il y a loin entre ces troubles divers et le
délire par défaut de comparaison de la maladie de Bayle.

Tumeurs cérébrales

De l'embarras de la parole, des crises épileptiformes ou
apoplectiformes, de l'inégalité pupillaire, une démence avec
délire passager et sans caractère sont les seules signes com-
muns aux tumeurs cérébrales et à la maladie de Bayle ;
aussi n'insisterons nous pas davantage. Les gommes syphi-
litiques du cerveau doivent être considérées comme de véri-
tables tumeurs cérébrales. Aux signes cités précédemment
vient s'ajouter une céphalée surtout nocturne et parfois des
accès maniaques de courte durée, quelquefois du tremble-
ment des lèvres et de la langue. Il n'y a donc aucune raison
pour penser à la maladie de Bayle. Nous renvoyons plus
loin l'étude des pseudo-paralysies générales syphilitiques.

Aliénation mentale due aux traumatismes du crâne

Depuis Esquirol, un certain nombre d'aliénistes ont
ajouté une grande importance aux traumatismes du crâne
dans la production des maladies mentales. De l'étude de
M. Christian sur ce sujet, il ressort que plusieurs affections
dissemblables peuvent suivre les coups et les chutes sur la
tête. C'est ainsi que sur 100 cas, il note 29 fois la folie sans
autre détermination, 43 fois la paralysie générale, 16 fois

la démence et 12 fois l'épilepsie. De cette variété pathologique, on peut déjà conclure que les traumatismes crâniens n'agissent pas comme cause efficiente spécifique de la maladie mentale qui la suit, mais bien qu'elle crée la prédisposition, qu'elle fait du cerveau un terrain de moindre résistance. Nous voulons surtout faire remarquer les cas de démence simple qui suivent dans certains cas les traumatismes du crâne dont voici une observation prise parmi plusieurs autres semblables.

OBSERVATION III

Des traumatismes du crâne dans leurs rapports avec l'aliénation mentale. CHRISTIAN, *Archives de neurologie*, 1889.

V..., 29 ans, entré à Charenton en 1874 ; jusqu'à l'âge de 13 ans, c'était un élève brillant dans le lycée où il avait été placé. Il fit alors une chute sur la tête en tombant d'un trapèze. Les accidents immédiats se dissipèrent assez rapidement, mais il se plaignit de fréquents maux de tête, devint distrait, paresseux ; puis il fit des extravagances de toute sorte. Il arriva rapidement à la démence.

Comme nous le verrons plusieurs cas de ce genre ont dû être qualifiés de paralysie générale juvénile.

Paralysies générales juvéniles

La maladie de Bayle peut sans doute exister dans l'adolescence ; en voici une observation que nous croyons absolument probante.

OBSERVATION IV

Thèse de M. DE SAINT-MAURICE, empruntée à M. BALLET (résumée).

G..., 19 ans, stigmates de syphilis héréditaire ; os du nez écrasés à la base. Dents mal conformées ; les unes naines, les autres à bords irréguliers. Tibias fortement incurvés. Admis à Saint-Antoine au début de 1891.

Démence paralytique avec idées délirantes de grandeur, se croit colonel, possède un grand nombre d'actions de chemin de fer. Ce délire disparaît très vite et le malade tombe dans un état de démence rapide et très accusée. Dès le début, inégalité des pupilles, troubles de la parole, tremblement des mains, difficulté de la marche. Diagnostic : paralysie générale chez un individu atteint de syphilis héréditaire.

Mort fin 1891. A l'autopsie, lésions caractéristiques de la paralysie générale.

S'il faut en croire Charcot, ce malade présenterait de l'hérédité nerveuse.

Ces faits doivent être d'une extrême rareté, et la plupart de ceux que l'on tient pour des paralysies générales juvénile ne se rapportent manifestement pas à la maladie de Bayle. En effet, si des 25 observations de la thèse de M. de Saint-Maurice (*De la paralysie générale juvénile*) on retire celle que nous venons de citer, il ne reste plus que des déments présentant les signes physiques ordinaires de la maladie de Bayle, mais aucune trace du délire par défaut de comparaison. La démence s'établit chez eux spontanément, n'est pas précédée de la période prodromique constante, les signes physiques atteignent presque dès le début leur plus grande intensité.

Il existe une particularité remarquable dans les antécé-

dents personnels de cinq de ses malades : ce sont les traumatismes du crâne. Il nous semble donc qu'il serait rationnel de les classer dans ces cas de démence simple accompagnés parfois de symptômes physiques, qu'après plusieurs auteurs et M. Christian en particulier, nous avons signalés plus haut.

Un autre fait à retenir, c'est la fréquence de l'avortement la mort-natalité, les affections convulsives, l'idiotie, la folie chez les frères et les parents de ces malades. Il semble que ces familles soient frappées d'une prédisposition, d'une dégénérescence extrême, et que ces malades soient voués presque fatalement un peu plus tard aux affections cérébrales qui ont frappé leur génération. Cela n'est pas le cas dans la maladie de Bayle ; bien que l'hérédité joue un rôle, il ne paraît jamais aussi considérable.

Les pseudo-paralysies générales

Sous le nom de pseudo-paralysies générales nous devons entendre des affections se rapprochant plus ou moins de la maladie de Bayle par leurs symptômes, mais en différant notablement par l'évolution. Selon les causes auxquelles on les a attribuées, on les a qualifiées de différentes épithètes. C'est ainsi que l'on a décrit des pseudo-paralysies générales arthritiques saturnines, alcooliques syphilitiques, pellagreuses ou encore dues à l'oxyde de carbone, l'arsenic, l'ergotisme et même aux vapeurs d'huile d'aniline. Nous croyons que pour ces derniers cas du moins, on a décrit à tort des affections n'ayant avec la maladie de Bayle qu'un rapport très éloigné, aussi ne nous occuperons nous que des premières, les plus fréquentes du reste.

Une erreur à éviter, c'est celle qui consisterait à voir

entre la maladie de Bayle et une autre affection chronique, l'alcoolisme par exemple, un rapport de cause à effet lorsqu'il n'y aurait en réalité qu'une coïncidence. Il est évident que les alcooliques, les saturnins, les syphilitiques étant très nombreux, il s'en trouve qui puissent être atteints de cette maladie sans qu'on doive cependant incriminer le processus chronique qui fait leur fonds pathologique. Plusieurs observations, notamment de pseudo-paralysie générale ou de paralysie générale alcoolique, sont passibles croyons-nous de ce reproche.

L'intoxication par le plomb peut produire des troubles intellectuels consistant plutôt en de l'obtusion de l'intelligence, de l'hébétude que de la démence proprement dite. Les idées délirantes sont très peu marquées et souvent n'existent pas. Il peut y avoir des hallucinations surtout de la vue, des troubles de la sensibilité, des paralysie véritables, portant principalement sur les extenseurs. M. Falret nous en donne deux observations, Dans l'une ce qui domine est une paralysie vraie sans aliénation ; l'autre réunit plusieurs des symptômes physiques de la maladie de Bayle, entre autres l'embarras de la parole, mais il n'y a pas de délire, tout au plus un peu d'affaiblissement intellectuel. Cela est loin du délire par défaut de comparaison de la maladie de Bayle.

L'alcoolisme chronique peut aussi déterminer un état démentiel analogue ; de l'abrutissement (qu'on nous pardonne la trivialité de cette expression) plutôt que la démence ordinaire. Il s'y joint souvent des attaques épileptiformes et de l'embarras de la parole. Voici du reste la description que fait M. Dupré des méningites chroniques alcooliques (Manuel de médecine de MM. Debove et Achard) « Le début lent
« et insidieux se marque par une diminution de l'énergie
« musculaire, une sorte de parésie diffuse et inégalement

« distribuée, des troubles de l'équilibre et de la marche,
« des vertiges, de l'incertitude et de l'hésitation dans les
« mouvements volontaires, du tremblement. A ces symp-
« tômes s'ajoute un signe, qui revêt en l'espèce par sa per-
« sistance et son caractère profond, gravatif, rebelle, une
« haute valeur séméiologique c'est la céphalalgie. En même
« temps la mémoire s'affaiblit, l'idéation se trouble et la
« parole s'embarrasse : l'écriture trahit par ses incertitu-
« des et son tremblement à la fois les désordres du mou-
« vement et ceux du langage ». Il est impossible devant
ce tableau clinique de songer à la maladie de Bayle en
raison de l'évolution et de l'absence du délire.

Sous le nom de paralysie générale arthritique MM. Mairet et Vires décrivent une affection constituée surtout par des symptômes physiques de méningo-encéphalite et en particulier l'embarras de la parole, une parésie généralisée et une démence avec embrouillement intellectuel, une période terminale marasmatique avec escharres et gâtisme. Là encore le délire de la maladie de Bayle est absent. A l'autopsie, on trouvait toujours les adhérences de la pie-mère au cerveau, que le plus grand nombre des cliniciens tiennent pour caractéristiques.

La pellag'ie peut dans certains cas provoquer une méningo-encéphalite, dont le tableau clinique correspond parfois exactement à celui de la maladie de Bayle ; on retrouve, dans les observations rapportées par Baillarger, le délire par défaut de comparaison caractéristique. Le diagnostic serait impossible sans la coexistence de la maladie causale. Bien que nous ne puissions identifier ces deux affections, il est juste de reconnaître leur ressemblance profonde qui enlève au délire par défaut de comparaison une partie de sa valeur. Toutefois, ces cas sont si rares qu'on peut les négliger dans la pratique.

Reste enfin la pseudo-paralysie générale syphilitique, qui peut aussi présenter ce délire, mais dans des conditions différentes. Voici le tableau qu'en fait M. Darier dans le Manuel de médecine de Debove et Achard. « En dehors de « ses caractères anatomiques cette pseudo-paralysie se dis- « tingue le plus souvent de la paralysie générale vraie par « les caractères cliniques suivants : Idées hypochondriaques « fréquentes au début ; obscurcissement plutôt que destru- « tion de l'intelligence ; rareté de la satisfaction du délire « ambitieux et des idées de grandeur ; délire plus cohérent ; « rareté du tremblement de la langue et des lèvres ; parole « empâtée, les malades cherchent leurs mots ; troubles « oculaires consistant en paralysies oculomotrices précoces, « choroïdo-rétinite, inégalité pupillaire passagère.

« Tous ces troubles sont essentiellement variables, inter- « mittents ; ils s'associent à des convulsions, des paralysies « ou parésies unilatérales, de l'aphasie, des troubles sensi- « tifs qui viennent entrecouper l'évolution de la maladie. « Cette dernière est plus rapide, la maladie peut guérir ou « le malade est emporté dans un ictus ». Ce qui pour nous doit être surtout retenu c'est la mobilité de tous les symp- « tômes, le peu d'importance du délire et les phénomènes « étrangers à la paralysie générale qui peuvent l'accompagner. Voici du reste une observation de ce que l'on pourrait appeler une pseudo-paralysie générale syphilitique, qui montre le peu d'importance des idées ambitieuses, l'importance d'un délire de jalousie et l'existence de symptômes physiques inconnus dans la maladie de Bayle.

OBSERVATION V (*personnelle*).

L..., 42 ans, banquier, entré le 5 novembre 1898, à la maison nationale de Charenton.

Antécédents héréditaires.

Le père et la mère du malade sont actuellement très vieux et se portent bien.

Aucune tare nerveuse ou vésanique n'est relevée dans sa famille.

Antécédents personnels.

Le malade n'a rien présenté de particulier durant son enfance et sa jeunesse ; il a dû contracter la syphilis entre 20 et 30 ans. Il a séjourné durant assez longtemps aux Indes où il aurait eu des attaques épileptiformes. Il lui est survenu un accident qui a sans doute déterminé une fracture de la jambe droite, d'où raccourcissement très marqué du membre et ankylose incomplète du genou.

Il revient des Indes, mis d'office à la retraite pour une maladie ?

Il se marie dès son retour, âgé alors de 40 ans. Le lendemain, en déjeunant, il est subitement pris d'un vertige suivi d'aphasie et de respiration haletante pendant une demi-heure. Durant les jours qui suivent, il a de fréquents maux de tête, et de l'embarras de la parole.

Il fait un voyage pendant lequel se renouvellent des crises semblables. Il est en proie à des colères terribles, des jalousies féroces.

Il frappe sa femme et lui interdit d'écrire à sa famille ; il croit qu'on veut l'empoisonner pour la lui prendre.

Pendant ce temps, l'embarras de la parole devient de plus en plus accentué ; l'écriture est très difficile, il oublie des mots dans les phrases et des lettres dans les mots.

En octobre 1897, sa femme fait une fausse couche de 3 mois. Il vient à Paris, consulte le professeur Fournier qui lui prescrit un traitement antisiphilitique dont il se trouve très bien. Il est mis en pension dans une maison de santé.

Après 3 mois de traitement, il est notablement amélioré ; il peut lire et écrire correctement. Néanmoins, il reste jaloux de sa femme et veut reprendre la vie en commun qui lui était interdite.

Sur ces entrefaites, survient une forte grippe qui dure trois semaines ; à la suite de cette maladie, L... est en proie à un violent accès de jalousie ; il veut tuer ses gardiens et écrit des lettres pleines d'injures grossières.

Il est alors placé dans une maison de santé le 9 janvier 1898. Ses violences ne se sont pas apaisées, il ne reconnaît personne, devient gâteux, perd complètement la mémoire. La parole s'embarrasse de nouveau. Il reste 3 mois dans cet état, puis se calme, devient plus

doux pour sa femme, mais l'oublie dès qu'elle est partie. Il ne gâte plus. L'incohérence est complète, la loquacité continuelle.

Durant son séjour chez M. Motet, il a présenté à maintes reprises des idées de grandeur et de richesses ; il appelle sa femme la reine de Hollande et a eu des crises maniaques fréquentes.

Il entre à la Maison de Charenton le 8 novembre 1898.

9 novembre 1898. *État actuel.*

C'est un homme grand, fort, mis avec une certaine recherche et se présentant assez bien.

Lorsqu'on l'interroge, il répond en toutes les langues, français, allemand, hollandais, langues de l'Inde. Il parle de millions mais il est presque impossible de le suivre. Il ne cesse de faire des saluts, de prendre des attitudes bizarres et surtout il exhibe à tout venant des décorations et des médailles qu'il met à toutes ses boutonnières.

Il paraît y avoir de l'embarras de la parole, toutefois cela est difficile à savoir exactement, personne ne connaissant les idiomes qu'il emploie.

Les pupilles ne se contractent pas à la lumière ; il est impossible d'en rechercher la réaction à la distance, car on ne peut fixer l'attention du malade. Le reflexe rotulien est conservé normal à gauche. La percussion du tendon provoque dans tout le membre inférieur droit, une série de secousses épileptoïdes rythmiques.

La percussion des tendons fléchisseurs au poignet, provoque un réflexe exagéré à la main droite, normal ou peu exagéré à gauche.

Il existe une hémiplegie incomplète à droite, il y a une sensible diminution de la force de ce côté.

La sensibilité normale dans toute la moitié gauche du corps est diminuée dans la moitié droite.

Décembre 1898. *État stationnaire.* — Le malade est moins bavard, mais ne cesse d'étaler à tout venant ses décorations. Il fait à tous de grands saluts, de grands gestes.

Mars 1899. L'état est à peu près le même. Toutefois, L... ne parle presque plus, il exhibe toujours ses décorations.

CONCLUSIONS

L'évolution de la maladie de Bayle peut être assez exactement divisée en trois périodes.

La première, phase prédélirante, est surtout caractérisée par des modifications de la tension psychique. L'exaltation intellectuelle en est l'expression la plus fréquente ; parfois cette tension est très diminuée et l'on observe alors de la dépression. On peut aussi remarquer l'affaiblissement commençant de la faculté de comparer les choses entre elles, trouble qui donne à l'état mental un cachet particulier. A cette période les signes physiques sont peu marqués.

Dans la deuxième, phase délirante, existe un délire d'exagération à formes ambitieuse, hypochondriaque ou mélancolique. Selon nous, il peut être attribué à la perte de plus en plus complète de la comparaison. Par la même cause, s'expliquent encore une série d'autres phénomènes mentaux, égoïsme, suppression des notions élémentaires de durée et d'espace. Les modifications de la tension intellectuelle sont moins prononcées qu'au début de la maladie, dans les cas ordinaires tout au moins. La mémoire s'affaiblit de plus en plus. Les symptômes physiques, dont le plus important est l'embarras de la parole, sont ordinairement très manifestes à cette période, mais ne sont pas absolument constants.

La troisième, phase démentielle, est marquée surtout par la suppression de la spontanéité psychique. Les idées disparaissent peu à peu, la mémoire s'abolit ; par suite, le délire

et l'activité psychique diminuent et cessent tout à fait. L'état physique subit une déchéance toujours plus profonde.

Ce qui donne à la maladie de Bayle une physionomie absolument caractéristique, ce sont les symptômes qui résultent de l'abolition de la comparaison : Le diagnostic de la maladie repose donc essentiellement sur la recherche de ces signes. Les autres inconstants, pouvant être retrouvés dans nombre d'autres affections, n'ont qu'une valeur accessoire et ne sauraient à eux seuls faire reconnaître la maladie.

Seulement comme une hypothèse, nous avançons l'opinion suivante. La faculté de comparer dont tant de signes nous manifestent la perte dans la maladie de Bayle, doit correspondre, selon nous, à un substratum anatomique défini. Si cela était, on pourrait dans ce sens diriger les recherches anatomo-pathologiques sur la maladie de Bayle, et peut-être, cela ouvrirait-il un chapitre nouveau à la physiologie cérébrale ?

Vu le Doyen :

P. BROUARDEL.

Vu le Président de la thèse,

P. BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD

BIBLIOGRAPHIE

- Baillarger.** Recherches sur les maladies mentales. Tome II, 1890.
- Ballet.** Syphilis cérébrale et folie syphilitique. *Annales de médecine*, 1894.
- *Semaine médicale*, 1893.
- Leçon à l'hôpital Saint-Antoine, 1891.
- Baruck.** Hallucinations dans la paralysie générale. *Thèse de Paris*, 1893-1894.
- Bayle.** Recherches sur l'arachnitis chronique, la gastrite et la gastro-entérite chroniques et la goutte, considérées comme cause de l'aliénation mentale. *Thèse de Paris*, 1822.
- Traité des maladies du cerveau et de ses membranes. (*Maladies mentales*, 1826.)
- Berbez.** Paralysie générale due aux excès alcooliques. *Thèse de Paris*, 1891-1892.
- Bourneville et Guérard.** De la sclérose en plaques.
- Caillot.** Observations de méningo périencéphalite chronique et primitive. *Thèse de Strasbourg*, 1864.
- Charcot.** Sclérose en plaques. *Gazette des hôpitaux*, 1870.
- *Semaine médicale*. Janvier, 1892.
- Charcot et Bouchard.** *Traité de médecine*. Tome VI.
- Charcot et Dutil.** *Archives de neurologie*. Mars, 1892.
- *Compte-rendu de la Société médicale des hôpitaux*, 10 janvier 1892.
- *Congrès des Aliénistes et Neurologistes de Nancy*, 1896. Paralysie générale à longue durée.
- Christian.** Des traumatismes du crâne dans leurs rapports avec l'aliénation mentale. *Archives de neurologie*, 1889.
- Des difficultés que présente le diagnostic de la paralysie générale. Paris, Rougier, 1884.

Christian. Étude sur la pachy-méningite hémorrhagique. *Thèse de Strasbourg*, 1864.

Christian et **Ritti.** Article : Paralyse générale (*Dictionnaire de Dechambre*).

Coulon. Nature de la paralysie générale. *Thèse de Paris*, 1895-1896.

Debove et **Achard.** *Manuel de médecine.*

Déjérine. *Archives de physiologie*, 1876.

Dupau. Du zona, et en particulier du zona ophtalmique dans la paralysie générale (*Thèse de Paris*, 1898).

Dévouges. *Annales médico-psychologiques*, 1857.

J. Drouet. Diagnostic de la paralysie générale. *Annales médico-psychologiques*, 1871, VI.

Echart. Paralysie générale à longue durée. *Thèse de Paris*, 1895-1896.

Falret (Jules). Études cliniques sur les maladies mentales et nerveuses. Paris, Baillière, 1890.

Fournier. *Bulletin médical*, octobre 1893.

— Syphilis et paralysie générale. *Bulletin médical*, avril 1893.

Jaccoud. *Traité de pathologie interne.*

Klippel. *Revue de médecine*, 1892.

— *Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*. 1^{er} septembre 1891 et 1^{er} septembre 1892.

— Pseudo-paralysie générale névritique. *Gazette hebdomadaire*, 1893.

Magnan et **Sérieux.** La paralysie générale. Paris, Masson, 1894.

Mairet. Aliénation mentale syphilitique. Paris, 1893.

Mairet et **Vires.** De la paralysie générale arthritique, Paris, Masson, 1898.

Mendel. Die progressive paralysie der Irren, Berlin, 1880.

Moreau de Tours. La folie chez les enfants, 1887. Baillière.

Nageotte. Tabes et paralysie générale. *Thèse de Paris*, 1893.

— Note sur un cas de pachyméningite hémorrhagique prise pour une paralysie générale (*Archives de neurologie*, août 1896)

Proust. *Thèse d'agrégation en médecine.* Des ramollissements du cerveau.

Régis. Diagnostic différentiel de la folie à double forme et de la paralysie générale.

— *L'Encéphale*, 83, 85, 87.

- Requin.** Éléments de pathologie. Tome II.
- Ritti.** La folie à double forme.
- Rougier.** Essai sur la lypémanie et le délire de persécution chez les tabétiques. *Thèse de Lyon*, 1882.
- De Saint-Maurice.** De la paralysie générale juvénile. *Thèse de Paris*, 1896.
- Spillman et Etienne.** Pseudo-paralysie consécutive à l'intoxication aiguë par les vapeurs d'huile d'aniline. *Revue médicale de l'Est*, 15 septembre 1898.
- Stagonowitch.** *Thèse de Paris*, 1893.
- Trénel.** Symptômes spasmodiques et contractures permanentes dans la paralysie générale, 1893-1894. *Thèse de Paris*.
- Vallon.** Pseudo-paralysie générale saturnine et alcoolique. Paris, 1894.
- De la paralysie générale et du traumatisme dans leurs rapports réciproques. *Thèse de Paris*, 1882.
- Variot.** Paralysie générale et sclérose en plaques. *Encéphale*, 1881.
- Vibert.** (Ch.) Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer. Paris, 1888,
- Vrain.** Contribution à l'étude de la paralysie générale à début précoce. *Thèse de Paris*.
- Voisin** (Auguste). De la paralysie générale des aliénés. Paris, 1879.

